FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1911-1912 N° 23-975

TUMEURS MALIGNES

DE

L'ISTHME DU GOSIER

LEUR EXTIRPATION PAR VOIE BUCCALE

(Etude anatomique, clinique et thérapeutique)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 11 Mai 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

COULET (Gaston-Joseph-Adolphe)

Né le 16 Août 1884, à Etain (Meuse)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	GROSS	professeur . .	*Président.*
	SPILLMANN	professeur . .	*Juges.*
	JACQUES	agrégé	*Juges.*
	RICHON	agrégé	*Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1911-1912 N° 23-975

TUMEURS MALIGNES

DE

L'ISTHME DU GOSIER

LEUR EXTIRPATION PAR VOIE BUCCALE

(Etude anatomique, clinique et thérapeutique)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 11 Mai 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. MED. BAT. PUBL.

PAR

COULET (Gaston-Joseph-Adolphe)

Né le 16 Août 1884, à Etain (Meuse)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	GROSS	professeur . .	*Président.*
	SPILLMANN	professeur . .	*Juges.*
	JACQUES	agrégé	
	RICHON	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1912

UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ⓘ.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ⓘ.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ⓘ ; NICOLAS, I ⓘ ; PRENANT, ✻, I ⓘ
BERNHEIM, O ✻, I ⓘ.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ⓘ.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ⓘ.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ⓘ.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ⓘ.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⓘ.
Clinique médicale	SPILLMANN, I ⓘ.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⓘ.
Hygiène	MACÉ, I ⓘ.
Clinique médicale	SCHMITT, I ⓘ.
Physiologie	MEYER, ✻, I ⓘ.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	SIMON, I ⓘ.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⓘ.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⓘ.
Medecine légale	PARISOT, I ⓘ.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ⓘ.
Histologie	BOUIN, I ⓘ.
Anatomie descriptive	ANCEL, A ⓘ.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ⓘ.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, ✻, I ⓘ.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ⓘ.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards.	ETIENNE, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, A ⓘ, agrégé libre
Accouchements	SCHUHL, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ⓘ, id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ⓘ, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ⓘ, id.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⓘ.
Médecine opératoire	MICHEL, I ⓘ, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.	ZILGIEN, I ⓘ, id.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ⓘ.	MM. COLLIN, A ⓘ.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I ⓘ.	DUFOUR, A ⓘ.	LUCIEN, A ⓘ.
RICHON, A ⓘ.	SENCERT, A ⓘ.	BINET.
G. GROSS, A ⓘ.	ROBERT, A ⓘ.	PERRIN, A ⓘ.
FRUHINSHOLZ, A ⓘ.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ⓘ, FÉVRIER, O ✻, I ⓘ, ETIENNE, I ⓘ, ZILGIEN, I ⓘ,
FRŒLICH, I ⓘ, SCHUHL, I ⓘ, JACQUES, I ⓘ, ANDRÉ, I ⓘ, MICHEL, I ⓘ,
L. SPILLMANN, A ⓘ.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚓, I ⓘ, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considerées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Externat 1906-1907)

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JACQUES

CHARGÉ DE LA CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

(Internat et Clinicat, depuis 1909)

J'offre respectueusement ce travail qu'il m'a inspiré ; je lui serai toujours profondément reconnaissant des leçons et des conseils qu'il n'a cessé de me prodiguer avec tant de patience et de dévouement, depuis bientôt quatre ans que j'ai l'honneur d'être son élève.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

(Externat 1906-1907)

M. LE PROFESSEUR HONORAIRE BERNHEIM

(Externat 1907-1908)

MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

(Internat provisoire 1908-1909)

MONSIEUR LE PROFESSEUR ADJOINT GUILLOZ

(Externat 1907-1908)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ANDRÉ

(Externat 1906-1907)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ÉTIENNE

(Externat 1907-1908)

DU MÊME AUTEUR :

Oto-méningite purulente aiguë, opérée et guérie ; en collaboration avec M. P. JACQUES, professeur agrégé. (*Revue médicale de l'Est*, 1911).

Syndrome de Gradenigo, au début de l'évolution d'un sarcome de la base du crâne. (*Revue hebdomadaire de Laryngologie*, etc., 1911).

Labyrinthite aiguë, thrombo-phlébite du sinus latéral et abcès cérébelleux, d'origine otique ; en collaboration avec M. P. JACQUES, professeur agrégé. (*Le Larynx*, n° 2, 1911).

Cent vingt cas de déviation septale et trois cas d'ulcère perforant de la cloison, traités par la méthode de la résection sous-muqueuse. (*Revue hebdomadaire de Laryngologie*, etc., 1912).

Deux cas de complications septicémiques d'otite moyenne suppurée ; en collaboration avec M. GUILLEMIN, interne provisoire des hôpitaux de Nancy. (*Revue médicale de l'Est*).

INTRODUCTION

« Celui qui avait un cancer dans la gorge fut cautérisé par nous et guéri », dit Hippocrate. S'il est vrai que c'est bien d'un cancer qu'il s'agit, nous sommes loin de partager l'optimisme du père de la médecine, et beaucoup d'ouvrages classiques estiment, au contraire, que le cancer du pharynx reste souvent au-dessus des ressources de l'art.

Après sa période de début, souvent fort longue et insidieuse, le cancer de la gorge se manifeste par les symptômes les plus pénibles : la fétidité de l'haleine, la sialorrhée, la dysphagie, l'asphyxie s'ajoutent à l'épuisante consomption cancéreuse. C'est dans un état lamentable que viennent échouer, dans nos salles de consultation, les malheureux, atteints d'un « mal de gorge », rebelle à tous les traitements utilisés en pareil cas ! Rares sont les néoplasmes qui ont fait une apparition récente et pour lesquels l'avis du médecin est réclamé ! Des mois se passent à essayer les panacées de la gorge et le mal a causé des ravages très avancés

quand le malade, à bout de forces, consulte enfin son médecin et le supplie d'intervenir.

C'est ainsi que, mis en présence de cas semblables, et, reculant devant les mutilantes opérations qui épuisent le patient, sans le mettre à l'abri d'une récidive possible, M. le professeur agrégé Jacques eut l'idée de pratiquer l'extirpation de ces tumeurs malignes par les voies naturelles.

Ce procédé est facilité par l'éclairage frontal électrique qui donne une lumière puissante dans la cavité bucco-pharyngienne. Ainsi, sont rendues inutiles, les incisions du voile et des joues, ou les résections temporaires ou permanentes du maxillaire, destinées à « donner du jour ». La position de la tête déclive, recommandée par Rose, permet d'éviter la trachéotomie préventive ou le tamponnement du larynx, que l'on isolait ainsi du champ opératoire, par crainte de la chute du sang ou de débris de tumeur dans les voies aériennes.

Les progrès de l'anatomie ont fait justice de la hantise de l'hémorragie par lésion de la carotide interne que l'on retrouve dans tant d'ouvrages classiques et qui ne repose sur aucun fait précis (1).

Pour qui a l'habitude d'explorer souvent la région pharyngienne et d'y intervenir, l'extirpation, par la bouche, des tumeurs qu'elle contient, est facile, peu dangereuse et complète.

(1) Passaquay, dans sa thèse (Paris, 1873) rapporte le cas tout à fait particulier que voici : un lymphadénome de l'amygdale avait envahi la carotide interne ; un anévrysme se forma dans le parenchyme tonsillaire, il fut méconnu et un coup de bistouri ayant été donné, le malade mourut d'hémorragie foudroyante.

Les résultats obtenus sont très satisfaisants. Si le but de cette opération, appliquée à des cancers déjà étendus, n'est pas d'amener une guérison définitive d'une affection, jusqu'ici implacable, elle permet, au moins, d'apporter au malheureux qui en souffre, la suppression de ses douleurs, la possibilité d'une alimentation normale et une survie calme et parfois très longue.

« Quand la récidive se produit, dit Castex, les malades endurent des souffrances moindres qu'au début, et cela pour des raisons multiples. Les parties envahies sont d'abord naturellement moins sensibles que les surfaces muqueuses enlevées par l'opération ; le néoplasme ne présente plus alors ces portions rétrécies ou saillantes que le bol alimentaire traumatisait. La cachexie, qui apparaît généralement à ce moment, rend, pour sa part, plus obtuses les excitations douloureuses du système nerveux ».

Gosselin, parlant du cancer du sein, ne disait-il pas ? « Pour l'amélioration du moral, c'est beaucoup de substituer une blessure que l'on voit guérir à un mal que l'on voit incessamment augmenter ».

Lorsque le mal est à son début, l'ablation par la voie buccale s'impose.

Quand l'affection néoplasique s'est étendue à toute la région de l'isthme, c'est encore la voie buccale qu'il faut préférer à tout autre, à cause de la simplicité de l'intervention et de la rapidité de la guérison opératoire.

C'est dans ces conditions que M. le professeur agrégé Jacques intervint pour la première fois « pour satisfaire aux instances du malade » ; il fut heureusement sur-

pris par « la bénignité et l'efficacité de l'intervention ». Dans plusieurs autres cas, dont on trouvera plus loin les observations résumées, le même procédé opératoire lui valut les mêmes résultats inespérés.

C'est dans le but de faire connaître ce nouveau mode de traitement que nous avons écrit ce travail, basé sur une série de trente-trois observations, dont huit inédites, et précédé de quelques considérations anatomiques et cliniques.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les faits n'abondent pas, dans la littérature médicale, qui concernent l'étude des tumeurs qui nous intéressent, et surtout la façon simple et rapide d'en pratiquer l'extirpation par les voies naturelles.

Avant le XIX[e] siècle, aucune monographie ne nous rapporte un cas digne d'intérêt. A partir de 1800, quelques observations paraissent, qui sont recueillies par Chauveau et que nous croyons intéressant de rapporter ici :

Dans son « traité des maladies de la bouche », JOURDAIN affirme la fréquence relative des néoplasmes malins des tonsilles. « Le squirrhe (1), dit-il, dégénère fort souvent en cancer, soit que cela dépende de la cause efficiente qui a donné lieu à la maladie, soit qu'un traitement inconsidéré y ait contribué. Beaucoup de gens

(1) Hypertrophie des amygdales.

(peu instruits à la vérité) n'hésitent pas à promettre la guérison. Les exemples suivants montreront ce qu'on peut espérer des malades qui se trouvent dans ces tristes circonstances. »

Il semble bien que cet auteur ait confondu ensemble des ulcérations d'origines diverses, mais on a le droit de s'étonner néanmoins de voir Monfalcon n'en dire que quelques mots insignifiants, Boyer n'en parle même pas, et Cheluis en niait l'existence.

Velpeau (1) est un peu plus explicite.

« De ce que le cancer des tonsilles est rare, il ne faudrait pas, dit-il, en conclure qu'il ne s'observe jamais. J'en ai déjà rencontré cinq exemples, appartenant tous à la classe des cancers encéphaloïdes. Leur situation, leurs rapports avec les gros vaisseaux du cou ont empêché d'y toucher et ont arrêté les chirurgiens jusqu'ici. J'en ai cependant pratiqué une fois l'extirpation, en 1836, à l'hôpital de la Charité et je n'ai pas trouvé l'opération très difficile. Le malade, homme de la campagne, âgé de soixante-huit ans, souffrait de l'amygdale gauche depuis deux ans ; la tumeur saignante, déjà ulcérée, putrilagineuse, remplissait presque complètement le pharynx, occupait une partie des fosses nasales et refoulait le voile du palais en avant ; la suffocation était imminente. Ayant découvert la carotide primitive et passé un fil au-dessous comme ligature d'attente, j'accrochai profondément la tumeur avec une érigne double et l'attirai fortement en avant vers la ligne médiane. Un petit couteau, courbe sur le plat, à

(1) Velpeau. — *Méd. opér.*, III, (p. 558).

manche fixe, me servit ensuite à fendre le côté gauche du voile du palais, et à déraciner toute la tumeur de bas en haut et de dedans en dehors. Voyant que l'hémorragie était peu abondante, je procédai sans désemparer et, par une plaie extérieure nouvelle, à l'enlèvement d'un ganglion lymphatique dégénéré qui reposait contre le pharynx, dans le bas de la région parotidienne. La ligature devint inutile, et je l'ôtai le lendemain. Il ne survint d'abord rien d'inquiétant, la plaie était détergée, lorsque de la diarrhée, de l'adynamie et des symptômes d'empoisonnement purulent se montrèrent le dixième jour et amenèrent la mort le dix-huitième.

« L'examen des pièces a prouvé qu'il ne restait rien de cancéreux en dedans, ni en dehors du pharynx et que tous les gros vaisseaux avaient été respectés. Les plaies étaient en grande partie cicatrisées, nous ne trouvâmes aucune lésion métastatique dans les viscères; le gros intestin seul parut enflammé. Cette terminaison malheureuse ne prouve donc pas moins qu'il est à la rigueur possible, et qu'il y a quelquefois lieu de tenter l'enlèvement des cancers du gosier, comme ceux des autres organes. »

En 1836, Warren fit connaître un cas très intéressant de cancer amygdalien. Il s'agit d'une femme âgée de 65 ans, bien constituée, habituellement bien portante, qui s'était aperçue, six mois avant l'examen, de l'existence d'une légère tuméfaction de l'amygdale gauche. Warren constata l'existence d'une tumeur dure s'étendant supérieurement sur toute l'arrière-bouche, postérieurement dans les choanes, inférieurement jusqu'à la mâchoire inférieure, avec laquelle elle adhérait fortement. Le

voile du palais était également intéressé. La tumeur fut saisie avec une érigne double et entraînée en avant à travers la bouche, maintenue ouverte par un spéculum. Elle fut entièrement disséquée avec un bistouri boutonné. On arrêta les pertes de sang assez abondantes à l'aide du fer rouge. Les suites opératoires furent bonnes et la malade guérit. A l'examen de la tumeur, on trouva qu'il s'agissait d'un véritable squirrhe ulcéré.

En 1846, Fano présenta, à la Société anatomique, une amygdale, enlevée par Roux, à une femme de 40 ans, qui paraissait d'ailleurs bien portante. Il fit également l'ablation d'une petite tumeur, située en arrière de la tonsille à l'angle de la mâchoire. La tumeur sembla être de l'encéphaloïde à tous ceux qui l'examinèrent.

En 1854, Dufour présenta à la Société anatomique, une tumeur de l'amygdale enlevée par Ricord. L'examen histologique, vérifié par Verneuil et Follin, prouva qu'il s'agissait d'une tumeur cancéreuse, contenant fort peu de cellules et composée surtout de noyaux libres (terminologie de Robin), c'est-à-dire de cellules à protoplasma peu abondant et à substance nucléaire très développée.

En 1859, dans une discussion à la Société de chirurgie, à propos d'un procédé opératoire, Maisonneuve dit avoir observé plusieurs cas de cancers de l'amygdale. Morel rappela qu'il en avait vu un exemple, nettement limité à une tonsille, chez un malade opéré par Nélaton.

Malgré ces faits, le Dictionnaire de Jaccoud et Dechambre est peu explicite à cet égard.

Lawrence donna ses soins à un homme de 45 ans,

d'une bonne santé antérieure, qui entra à l'hôpital pour une volumineuse hypertrophie tonsillaire, gênant la déglutition. Il fallut morceler la tumeur pour l'enlever, car elle ne pouvait entrer dans l'anneau de l'amygdalotome. Peu de mois après, elle avait pris de nouveau le volume d'un œuf de poule et obstruait tout le pharynx. Il fallut l'écraser pour pouvoir l'extraire. Cependant la structure n'était pas celle du lymphosarcome, mais bien du lymphome. Quelques mois après, troisième récidive ; mais, cette fois-ci les ganglions cervicaux envahis faisaient un relief considérable dans toute la région sterno-mastoïdienne et le cas sembla inopérable.

En 1875, Tédenat, dans le service de Valette, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, vit un homme de 44 ans, atteint d'une tumeur staphylienne du volume d'un œuf de poule. Il l'extirpa par la bouche. A l'examen histologique, on constata qu'il s'agissait d'un sarcome embryonnaire. La récidive fut rapide (1).

Signalons la sérieuse monographie écrite par Poland, en 1872, dans le « British and foreign med. chir. Review », n° 921.

En 1879, Langenbeck, communique, au VIII^e^ congrès de chirurgie de Berlin, trois cas opérés de cancer du pharynx.

Trois ans plus tard, Labbé communique une observation de néoplasme pharyngien opéré, pour lequel il obtint un bon résultat.

---

(1) Chauveau. — *Histoire des maladies du pharynx*, 1906.

C'est en 1886, que parut, dans la Revue de chirurgie, l'article de Castex sur « les Tumeurs malignes de l'arrière-bouche », auquel nous avons fait des emprunts en ce qui concerne le traitement chirurgical par voie externe.

En 1887, paraissaient la thèse de Derecq et l'article de Broca dans le dictionnaire des sciences médicales.

M. le professeur Weiss (1), en 1894, dans une communication à la Société de médecine de Nancy, citait quatre observations de cancer de l'arrière-gorge. La première concernait un épithélioma au début qui envahissait l'amygdale. Cette glande fut enlevée par la voie buccale au thermo-cautère. La guérison opératoire fut parfaite.

Des trois autres malades, l'un atteint d'un cancer à marche très rapide ne fut pas opéré ; le troisième subit une ostéotomie du maxillaire inférieur, en avant du masséter, pour une tumeur peu volumineuse occupant l'amygdale, le pilier antérieur et la portion adjacente de la langue. La tumeur fut extirpée facilement, mais le malade mourut deux jours après de pneumonie. La quatrième observation se rapporte à un malade atteint d'une petite ulcération, siégeant à l'union du pilier antérieur du voile du palais et de la langue et se prolongeant légèrement à la face interne de la mâchoire dans la direction de la dernière molaire. L'ablation fut faite par les voies naturelles. La guérison se maintint pendant 9 mois.

La récidive se fit alors, accompagnée d'adénopathie.

---

(1) Weiss. — *Revue méd. de l'Est*, 1894.

Résection de la branche montante, y compris le condyle. Ablation des ganglions et de la nouvelle tumeur. 4 mois après, il y avait une récidive, pour laquelle on n'intervint pas. Il mourut *deux ans après* la première intervention.

La même année, Verneuil (1) décrit longuement un sarcome de l'amygdale gauche, de la moitié voisine du voile du palais et des piliers correspondants, avec propagation aux bords et à la base de la langue et forte adhérence au corps de l'os hyoïde et à la grande corne. Il fit la ligature de la carotide externe, ouvrit la cavité buccale par la voie génale inférieure (procédé Verneuil-Maunoury) et la voie sus-hyoïdienne. La tumeur fut extirpée en partie par l'une, en partie par l'autre de ces deux voies. Les suites furent très simples, la guérison opératoire assez bonne.

Trois ans après, Krönlein fit une communication fort intéressante au Congrès de la Société allemande de chirurgie (2), dans laquelle il rapporte deux séries d'observations, d'où il conclut que la survie des opérés, par rapport aux non opérés, est de sept mois, en moyenne. La mortalité opératoire (par pharyngotomie externe) est très considérable.

Dans sa thèse, Roudié étudie la pharyngotomie large, par voie externe, comme traitement héroïque du cancer de l'amygdale (3).

---

(1) Verneuil. — *Gazette des hôpitaux*, 1894.

(2) *Beiträg. z. Klin. Chir.*, 1897.

(3) Roudié. — Thèse de Lyon, 1900.

Nous verrons en étudiant le traitement, les statistiques publiées par ces auteurs.

M. le professeur agrégé Jacques, dans un article du *Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie* (1er juillet 1908), et dans la *Presse médicale* (22 mai 1909) attira l'attention des chirurgiens sur la voie buccale, comme voie d'accès des cancers de l'isthme du gosier.

En 1911, Schuhmacher (de Zurich) a observé 75 cas nouveaux depuis la communication de Krönlein.

Cette méthode opératoire a été l'occasion d'une courte discussion à la Société de laryngologie de Paris (Congrès national, mars 1911), après la lecture d'une observation du docteur Gault, de Dijon. Et comme aucun travail spécial, sur cette question, n'a paru dans ces dernières années, elle fera l'objet d'un rapport qui sera présenté, en mai 1912, au congrès de laryngologie par MM. Durand (de Nancy) et Gault (de Dijon).

CHAPITRE II

ANATOMIE DE L'ISTHME DU PHARYNX
et, en particulier, de l'amygdale

Les rapports, relativement complexes de la région oropharyngée, ont préoccupé les chirurgiens et suscité diverses recherches de la part des anatomistes, dont nous résumerons les plus récentes.

Chassaignac attribuait les hémorragies graves de l'amygdalotomie à des lésions de la carotide interne (1).

Linhardt (Société de médecine de Vienne, 1899, cité par Zuckerkandl) publia un mémoire sur la position de l'amygdale par rapport aux vaisseaux carotidiens. Il montra que, dans l'espace latéral du pharynx, les gros vaisseaux sont placés très en arrière, en arrière du plan du pilier postérieur du voile du palais, tandis que l'amygdale répond à la partie antérieure de cet

(1) Descomps. Thèse de Paris, 1908.

espace, « où il n'y a, dit-il, aucun vaisseau et aucun nerf ».

Luschka (Der Schlundkopf des Menschen, 1868) pratiqua des mensurations. Elles lui montrèrent que la carotide interne est à 15 mm. de l'amygdale et la carotide externe à 20 mm.

Henle (Handbuch der Eingeweidelehre, 1873) adopte l'opinion de Linhardt et de Luschka.

Zuckerkandl (Medizinische Jahrbucher, 1887) donna des notions plus précises sur les rapports de la face externe de l'amygdale :

Sur la paroi externe de l'amygdale, on trouve d'abord les fibres musculaires du pharynx, puis, l'aponévrose péripharyngée. Au delà, on tombe dans l'espace latéral, qu'il appelle espace ptérygo-pharyngien. Il est constitué par deux loges que séparent les muscles qui s'attachent à l'apophyse styloïde. La première répond à l'amygdale, la seconde contient le paquet vasculo-nerveux. Ces deux loges communiquent entre elles par une fissure qui existe entre le stylo-glosse et le stylo-pharyngien et où l'on trouve l'artère palatine ascendante et le nerf glosso-pharyngien.

En dehors de ces muscles, on remarque un coude de la carotide externe, constant, en arrière de la branche montante du maxillaire. Quant à la carotide interne, elle est en arrière, protégée sur sa face antérieure par les muscles de Riolan. Une ligne transversale, menée par le pilier postérieur du voile du palais vers l'extérieur, passe dans le diaphragme musculaire de l'espace pharyngo-maxillaire ou juste en arrière de lui, à 20 mm. de la carotide interne. Cette ligne peut atteindre la

carotide externe. Une ligne transversale, menée par le plan de la paroi postérieure du pharynx, est encore antérieure à la carotide interne, qui se trouve un peu en arrière.

L'artère tonsillaire naît de la palatine ascendante ; celle-ci, en effet, se divise en deux branches, dont l'une va vers l'amygdale, l'autre vers le voile du palais et le pavillon tubaire. Il peut exister une artère tonsillaire accessoire qui provient de la carotide externe, de la maxillaire interne ou de la pharyngienne ascendante.

En 1892, Rieffel (1) étudia la question et en tira les conclusions suivantes :

La carotide interne est bien en arrière de l'amygdale. Elle est dans une loge postérieure, en arrière du bouquet de Riolan. En avant de ce groupe musculaire, il existe l'espace préstylien, en rapport avec la paroi externe de l'amygdale. Celle-ci correspond à l'angle mandibulaire. Elle en est éloignée de 25 mm. Tandis que dans l'espace postérieur, il y a les gros vaisseaux, on ne trouve dans l'antérieur que la portion linguale du glosso-pharyngien, le rameau lingual du facial, s'insinuant entre l'amygdale et son pilier antérieur, et aucun vaisseau important. L'espace tonsillaire peut entrer en communication avec l'espace carotidien par trois interstices : l'interstice stylo-pharyngien, entre le stylo-pharyngien et le stylo-glosse ; l'interstice interstylien, entre le stylo-glosse et le stylo-hyoïdien : l'interstice stylo-

(1) Rieffel. Rapports de l'amygdale avec les vaisseaux carotidiens. Paris 1892.

ptérygoïdien, entre le stylo-hyoïdien et le ptérygoïdien interne.

Dans ces interstices peuvent s'engager des vaisseaux importants, qui, dès lors, vont se mettre en rapport avec l'amygdale. Ce sont : la carotide externe, la faciale, la palatine ascendante et sa branche tonsillaire.

Sur 16 examens, la tonsillaire naissait une fois de la pharyngienne inférieure, deux fois de la faciale, trois fois de la carotide externe, dix fois de la palatine ascendante. Dans cinq préparations, un gros tronc vasculaire apparaissait entre les muscles, trois fois dans l'interstice du stylo-pharyngien et du stylo-glosse, deux fois dans l'interstice du stylo-glosse et du ptérygoïdien interne. Le tronc apparaissant entre le stylo-pharyngien et le stylo-glosse était particulièrement important dans trois cas ; c'étaient deux fois la carotide externe et une fois la faciale. Des deux cas dans lesquels la carotide externe apparaissait, elle faisait un coude vers l'amygdale, passant ainsi à 8 ou 10 mm. d'elle, et l'artère tonsillaire naissait de ce coude du vaisseau carotidien. Le tronc apparaissant entre le stylo-glosse et le ptérygoïdien interne était l'artère faciale. Elle se trouvait à 12 mm. de l'amygdale.

Descomps a rencontré une infinie variété de positions anormales des artères voisines de l'amygdale, il serait trop long de les rappeler ici, nous renvoyons à sa thèse qui est d'une lecture fort instructive (1).

L'isthme du gosier est délimité, en haut, par le bord

(1) *Loc. citat.*

libre du voile du palais, en bas, par la base de la langue, à droite et à gauche, par la région tonsillaire, comprenant elle-même l'amygdale et les piliers du voile.

Testut et Jacob (1) nous décrivent ainsi les rapports de la face externe de l'amygdale :

La face externe s'applique directement sur la paroi latérale du pharynx, c'est-à-dire sur l'aponévrose pharyngienne, doublée en dehors par le constricteur supérieur. Elle en est seulement séparée par une mince couche celluleuse, qui se continue avec la couche sous-muqueuse des régions voisines (base de la langue, épiglotte).

Par l'intermédiaire de la paroi du pharynx, l'amygdale répond à la partie antérieure de *l'espace maxillo-pharyngien*. Les rapports qu'elle affecte avec cette région varient suivant qu'on les considère dans ses deux tiers antérieurs ou dans son tiers postérieur.

Dans ses deux tiers antérieurs, la face externe de l'amygdale est en rapport avec le tissu graisseux qui se trouve interposé entre le ptérygoïdien interne et la paroi pharyngienne. Dans ce tissu graisseux, on rencontre, au niveau de l'angle antéro-inférieur de la loge amygdalienne l'extrémité postérieure de la glande sous-maxillaire et le nerf lingual. *Dans son tiers postérieur*, elle répond successivement, en allant d'avant en arrière : 1° au muscle stylo-glosse, que croisent sur sa face amygdalienne les vaisseaux palatins ascendants ; 2° au-dessous et en arrière du stylo-glosse, sur un plan plus éloigné, par conséquent, au muscle stylo-hyoïdien,

(1) Testut et Jacob. *Traité d'anatomie topographique*, T. 1.

à la carotide externe, qui chemine verticalement dans l'interstice séparant le stylo-hyoïdien et le stylo-glosse, au nerf glosso-pharyngien, enfin à la faciale. Cette artère, il est important de le noter, décrit avant de disparaître sous le stylo-glosse, une courbe dont le sommet vient souvent se mettre au contact de l'angle postéro-inférieur de la loge amygdalienne.

Contrairement à l'opinion émise par quelques auteurs, Testut et Jacob démontrent que la face externe de l'amygdale n'a aucun rapport avec la carotide interne, la jugulaire et le pneumogastrique. D'après Testut, un intervalle de 20 à 25 mm. sépare la carotide interne de l'amygdale ; d'après Rieffel (1), cet intervalle est d'environ 17 mm. La carotide interne est bien en dehors et en arrière de l'amygdale et pour l'atteindre, il faudrait d'abord traverser une partie du ptérygoïdien interne et les muscles styliens.

Se basant sur ces faits, Testut et Jacob en concluent qu'il est facile d'extirper une amygdale cancéreuse sans blesser la carotide interne, il suffit pour cela « d'inciser les parties molles situées en arrière de l'angle de la mâchoire et de pénétrer dans la partie antérieure de l'espace maxillo-pharyngien, en passant au-devant des muscles styliens et du ventre postérieur du gastrique ».

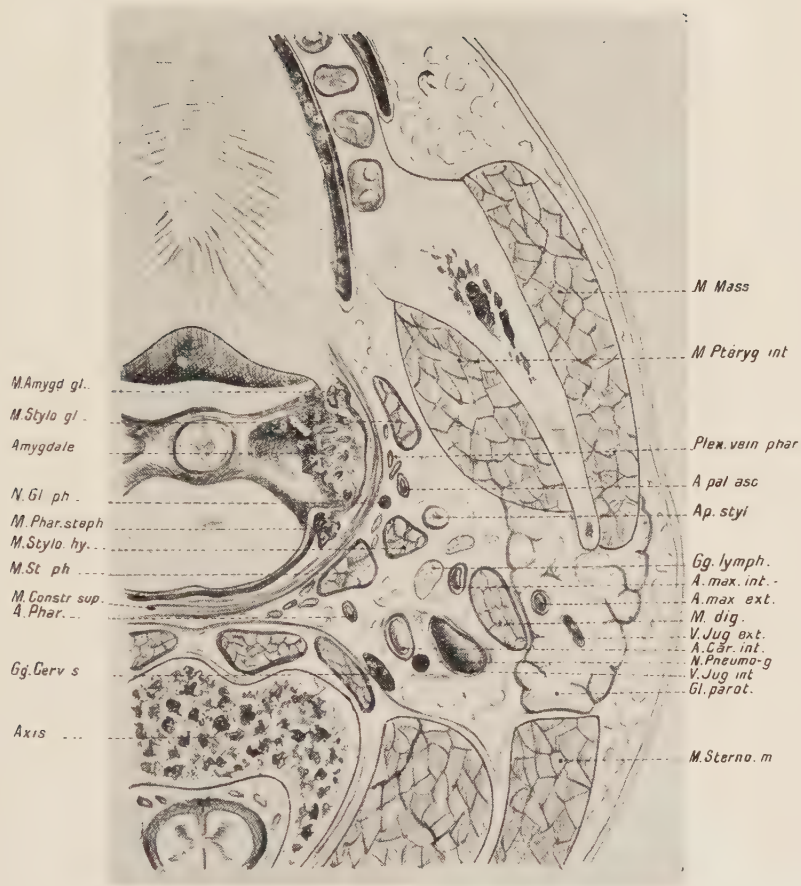
Nous estimons qu'il est encore plus aisé d'éviter ce vaisseau, en abordant la tumeur par la voie buccale. Il est bon d'écarter les obstacles que l'on rencontre sur sa route, il est préférable de n'en pas avoir.

---

(1) Rieffel. Les rapports de l'amygdale avec les vaisseaux carotidiens. Paris 1892.

Coupe horizontale, passant par le milieu des amygdales.

(Segment supérieur de la coupe).



Coupe horizontale (demi-schématique) passant par le milieu des amygdales.

Gault (1) fit récemment des recherches anatomiques sur le cadavre pour étudier les rapports de l'amygdale avec l'espace maxillo-pharyngien :

Il incise la paroi postérieure du pharynx à 1 cm. 5 en dehors de la ligne médiane, et, en même temps, l'aponévrose prévertébrale. Il décolle les tissus en dehors et les charge sur un écarteur. L'index reconnaît les points de repère suivants : colonne cervicale en dedans, apophyse styloïde en dehors, masse latérale de l'atlas en dehors et en arrière de l'apophyse styloïde. On voit alors :

En dedans, la colonne vertébrale, doublée des muscles prévertébraux. En dehors, la styloïde, doublée du muscle stylo-pharyngien, en rapport avec le nerf glosso-pharyngien, qui le contourne en arrière, puis, suit son bord postérieur et externe.

En arrière de ce muscle, en dedans de l'apophyse styloïde, on trouve l'artère carotide interne. *Elle est à 1 cm., au moins, en arrière du plan frontal, tangent à la face antérieure du corps des vertèbres cervicales, à égale distance entre la styloïde et la colonne vertébrale.*

Le protecteur, qui charge le pilier antérieur, charge aussi la carotide interne, ainsi que la jugulaire et le pneumogastrique qui lui sont externes. Il reste alors le glosso-pharyngien et le plexus veineux péripharyngien.

Une intervention dans cette région ne pourra donc déterminer qu'une hémorragie facile à maîtriser.

M. le docteur Durand, ancien chef de clinique laryngologique, a pratiqué sur le cadavre des coupes hori-

(1) Gault. *Ann. des mal. de la gorge*, 1911, p. 770.

zontales dont nous donnons une des reproductions les plus intéressantes.

Ces coupes, qui donnent, avec une exactitude absolue, les rapports du pharynx, ont été préparées sur des têtes, fixées et durcies par injection d'alcool formolé.

Enfin, un schéma dû à la plume de notre maître, M. le professeur agrégé Jacques, indique d'une façon précise les rapports anatomiques de cette région.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

(Statistiques. Etiologie. Symptomatologie. Diagnostic. Pronostic).

1° Statistiques

Pierin dit qu'il meurt chaque année, d'après la statistique des hôpitaux de Paris, trois ou quatre malades de cancer de l'amygdale. Sur 500 cas de cancer empruntés à la pratique de Paget, Poland a relevé deux cas de cancer primitif de l'amygdale. Lebert, sur 9.118 cas de cancer, n'en compte que trois primitifs de l'amygdale ; Sibley, 6 sur 520, et Baker 2 sur 500 (1).

Etudiant spécialement le cancer du pharynx, Krönlein, sur 30 cas, établit qu'il y a :

(1) Castex. — *Revue de Chirurgie*, 1886.

Cancer primitif des amygdales . . . 13 cas.
— paroi rétro-amygdalienne. . 5 —
— base de la langue et piliers. 10 —
— voile du palais . . . . . 2 —

Roudié en cite 10 cas :

Cancer amygdales . . . . . 7 cas.
— base de la langue. . . . . 3 —

Disons tout de suite que de ces 7 cancers primitifs de l'amygdale, quatre fois la tumeur siégeait à droite, deux fois à gauche, une fois sur les deux amygdales (ce qui avec le cas de Pierin, cité plus loin, est le seul que nous ayons trouvé dans la littérature médicale).

Sur 31 faits de cancer de l'isthme du pharynx, où le point de départ a été nettement déterminé, 21 fois l'amygdale a été primitivement envahie, 11 fois l'amygdale droite et 10 fois l'amygdale gauche. D'où il résulte que le cancer s'établit plus volontiers sur l'amygdale : les trente-trois observations qu'on lira à la fin de notre travail montrent que le point de départ des cancers de cette région est souvent à l'amygdale.

Il n'y a pas de préférence notable pour le côté gauche ou le côté droit.

Il est rare que l'affection soit bilatérale : Pierin est le seul avec Roudié à en citer un cas (1).

Parfois, le point de départ est difficile à déterminer ; mais, le degré des lésions varie ; au centre, l'ulcération est plus profonde et, lorsque le pilier antérieur et la base de la langue sont envahis, l'amygdale a souvent complètement disparu.

(1) Thèse de Paris, 1869.

Le pied du pilier antérieur, à l'endroit où il se confond avec le bord de la langue, constitue aussi un point de départ fréquent de dégénérescence épithélioma-teuse ; dans ce cas, elle procède plus volontiers vers la langue.

Sur les trente-trois cas de néoplasmes de l'isthme du pharynx que nous rapportons plus loin, il y a vingt-deux épithéliomas, dix sarcomes et un lymphosarcome.

2° Etiologie

Hérédité. — Sur un ensemble de 16 faits, deux fois seulement l'hérédité directe a pu être notée par Castex. Dans l'observation V, on pourra noter l'évolution identique d'un néoplasme tonsillaire chez les deux frères.

Age. — Ici, comme ailleurs, le sarcome apparaît surtout chez les jeunes sujets, l'épithéliome, chez les adultes et les vieillards.

Sexe. — Les hommes sont beaucoup plus souvent affectés que les femmes. C'est ainsi que dans les trente-trois observations que nous publions, il y a vingt-huit hommes et seulement cinq femmes.

L'influence du tabac, accusée par beaucoup d'auteurs, n'a aucune importance pour Castex.

Les inflammations des amygdales ne sont pas considérées comme intervenant dans l'étiologie du cancer ; au contraire, d'après les observations de von Heinleth et Honsell, le cancer est rare chez les personnes atteintes fréquemment d'angines.

Le diabète est cité par Verneuil.

Lindenborn établit le tableau suivant des facteurs étiologiques :

Hérédité	2
Alcool	4
Tabac	7
Poussière	2
Diabète	1

Pour Vedova (de Milan) (1), les facteurs individuels, âge, hérédité, situation sociale et profession sont de peu d'importance. Les facteurs occasionnels (abus de la voix, éthylisme, tabagisme, traumatisme) sont les plus souvent accusés. Mais, les facteurs pathologiques, auxquels on porte moins d'attention, sont pourtant d'une certaine importance ; en particulier, les diathèses et les infections, principalement la syphilis et la tuberculose.

Massei (2), a vu souvent une tumeur, diagnostiquée syphilitique et améliorée par le traitement, évoluer plus tard en tumeur maligne. Il considère la syphilis comme un traumatisme local qui favorise le développement d'une tumeur qui aurait pu ne pas paraître ou paraître plus tard.

3° Séméiologie

Au début, ce sont les signes fonctionnels qui dominent la scène. Le malade se plaint d'une gêne à la gorge qui

(1) Vedova (de Milan). — Pratica oto-rhino-lar., Milan, 1907.

(2) Massei (de Naples). — Rapport au Congrès O. R. L., Budapest, 1909.

augmente pendant la déglutition ou d'une simple sensation de constriction pénible, mais non douloureuse ; il cherche à supprimer l'obstacle qui le gêne par de fréquents mouvements de déglutition. Parfois, c'est une véritable dysphagie, et, quand la tumeur s'ulcère ou s'enflamme, les douleurs deviennent atroces. Pour Guépin et Ripault, la dysphagie vive et précoce annonce fréquemment la malignité.

Un caractère constant de ces douleurs est l'irradiation aux régions voisines, en particulier aux oreilles, sous forme d'élancements violents et paroxystiques. (Castex cite le cas d'un malade qui fut soigné pendant un mois par un otologiste pour une affection d'oreille, alors qu'il était porteur d'un épithélioma de l'amygdale).

Lorsque la tumeur commence à augmenter, la déglutition peut être gênée mécaniquement et provoquer le reflux des liquides par le nez ; elle peut aussi être cause de nausées et de vomissements. Par voie réflexe, peuvent se produire des accès de toux quinteuse.

La sécrétion salivaire augmente considérablement, elle est surtout abondante dans la période terminale. A la salive s'ajoute parfois de légères hémorragies.

La tumeur et les infections secondaires déterminent une rhino-pharyngite à poussées aiguës qui retentit sur l'oreille et provoque de la surdité et des bourdonnements par catarrhe tubaire et otite catarrhale.

La voix se transforme et prend le timbre ouaté, si spécial, auquel on a donné le nom de « voix amygdalienne ».

Quand le volume du néoplasme a considérablement augmenté, la respiration elle-même est troublée ; la

dyspnée, d'abord intermittente, devient continue et nécessite parfois la trachéotomie.

L'affection peut débuter d'une tout autre façon : l'attention est appelée par l'existence d'une adénopathie angulo-maxillaire, évoluant sans phénomènes gutturaux évidents. De sorte que le malade, et parfois le médecin, se croient en présence d'une tumeur du cou et non d'une tumeur du pharynx.

A ces signes s'ajoutent les symptômes objectifs. L'examen physique est rendu plus facile grâce à l'abaisse-langue et à la précieuse lumière du miroir frontal. Si l'introduction de l'abaisse-langue ou du petit miroir laryngien produit des nausées, un badigeonnage à l'aide de cocaïne, à 1 p. 5, anesthésie suffisamment la région pour que l'exploration soit possible. L'amygdale est augmentée de volume : ce qui est d'autant plus frappant, qu'à l'âge du cancer, l'atrophie de cette glande est la règle. L'ulcération, souvent tardive, s'étend en surface et se prolonge parfois en fissures. La tumeur soulève les tissus voisins en les indurant. Une rougeur intense et diffuse peut précéder cet envahissement. La tumeur est rarement le siège d'un bourgeonnement exubérant ; elle est recouverte de points jaunâtres ou rougeâtres, hémorragiques, ou de fragments sphacélés qui s'en détachent.

Dans le sarcome, la masse néoplasique infiltre le voile à la manière d'un phlegmon chronique et la muqueuse, longtemps respectée, cède à la distension progressive ou à la dystrophie causée par la pression des parties ambiantes.

Le toucher donne de bons renseignements sur l'éten-

due du mal. On doit glisser l'index le long de la paroi interne de la joue jusqu'à l'amygdale dont on apprécie le volume, la mobilité, puis se rendre compte de l'état des parties voisines.

On peut très bien combiner à cette exploration intra-buccale, la palpation externe et embrasser ainsi la masse néoplasique que l'on se renvoie d'un doigt à l'autre. C'est par le palper qu'on apprécie la présence de ganglions, d'abord, à l'angle de la mâchoire, puis, le long du sterno-cléido-mastoïdien, enfin, à l'aisselle et au creux sus-claviculaire.

4° Diagnostic

Hypertrophie des amygdales. — La cause d'erreur la plus facile à commettre est l'hypertrophie simple des amygdales. J'ai présent à l'esprit le cas d'un jeune homme, porteur d'une tonsille très augmentée de volume, complètement adhérente aux piliers, dure au toucher. Cette dureté ligneuse était perceptible sur le voile du palais jusqu'à sa partie médiane. Je pratiquai l'ablation de la glande à l'anse chaude et à la pince de Ruault. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'inflammation simple et non de tumeur sarcomateuse comme je l'avais cru.

L'erreur contraire, consistant à prendre pour hypertrophie simple ce qui est une tumeur, est plus grave. C'est quelque temps après l'amygdalotomie que la récidive pose le diagnostic.

En général, l'hypertrophie simple atteint les deux

glandes : l'unilatéralité de la tuméfaction doit faire songer au néoplasme.

Dans l'hypertrophie simple, la saillie est régulière, assez résistante au toucher, sans ulcérations, ni lésions des organes voisins.

Enfin, l'examen microscopique est d'une utilité incontestable.

Syphilis. — Le chancre syphilitique creuse dans l'amygdale une ulcération unique, régulière de forme, ovale ou arrondie ; il s'accompagne d'une pléiade ganglionnaire dans la région sous-maxillaire.

Les accidents secondaires provoquent parfois de l'hypertrophie ; ils peuvent être végétants et le diagnostic serait parfois difficile, si la multiplicité et le polymorphisme des accidents buccaux et cutanés ne renseignaient d'ordinaire sur leur véritable nature. Le traitement décèle la nature de ces accidents.

Les gommes forment des ulcères indolents, à fond grisâtre, à bords déchiquetés. En plus du manque de douleur, l'absence d'adénopathie permet d'écarter le diagnostic de néoplasme.

Ozenne cite des cas de formes hybrides cancéro-syphilitiques (1), où l'iodure produit pendant quelque temps de bons résultats, puis le cancer reprend sa marche envahissante.

Tuberculose. — Dans la tuberculose du pharynx, il n'existe pas d'induration ; l'adénite est discrète. L'odynophagie est plus accentuée (2), l'ulcération moins profonde.

(1) Ozenne. — Thèse de Paris, 1884.
(2) Stoyanova. — Thèse de Nancy, 1909.

5° Pronostic

De toutes les tumeurs malignes de l'arrière-bouche, la moins grave est le sarcome. Il n'envahit les ganglions que très tard. L'ablation du sarcome provoque une survie parfois considérable, comme on pourra s'en rendre compte à la lecture de nos observations. (Encore existe-t-il certaines variétés de sarcome à petites cellules dont le pronostic est pire que celui du pire épithélioma).

L'épithélioma évolue lentement, ce qui faisait dire à Lasègue : « J'incline à croire qu'il existe une forme de cancer épithélial de l'arrière-gorge, confondue le plus souvent avec l'angine syphilitique rebelle... n'entraînant pas d'engorgement ganglionnaire et n'ayant pas la gravité du cancer proprement dit ».

Les lymphadénomes et les lymphosarcomes sont des tumeurs des plus malignes.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

I. — PHARYNGECTOMIE PAR VOIE EXTERNE

Esquissons d'abord une revue générale des différents procédés, mis en pratique, pour aborder les tumeurs, développées au niveau de l'isthme du pharynx et dans son voisinage.

Castex a rapporté différents procédés opératoires que je reproduis ci-dessous :

Jæger (1) fut le premier qui pratiqua l'incision de la joue. C'est par ce procédé que Péan opéra un épithélioma de l'amygdale en 1884. L'ablation fut faite au thermo-cautère (fig. 1).

Polaillon faisait d'abord la ligature de la carotide externe et venait rejoindre l'incision de Jæger par une autre incision, menée sur le bord antérieur du sterno-

(1) En 1834.

Fig. 1.

Fig. 2.

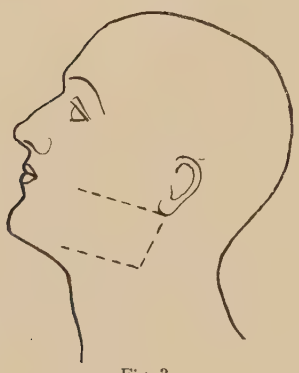


Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Différentes voies d'accès pour la pharyngectomie externe.

cléido-mastoïdien (fig. 2). Il rabattait ce lambeau triangulaire et réséquait une grande partie de la branche horizontale et de la branche montante du maxillaire inférieur.

Il modifia ce premier procédé pour circonscrire la loge amygdalienne : il consiste dans deux incisions horizontales réunies par une verticale (fig. 3). Cheever, de Boston, pratiquait une incision horizontale sur le bord inférieur de la mâchoire. Il sciait le maxillaire en avant du masséter et écartait les fragments. Un doigt, introduit dans la bouche, refoulait en dehors la tonsille (fig. 4).

Une fois il combina cette incision avec une deuxième parallèle au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien (fig. 5). On passe ainsi sous la parotide, entre la glande sous-maxillaire et les vaisseaux carotidiens qui se laissent facilement récliner en arrière.

Maunoury et Verneuil (fig. 6) tiraient une incision verticale qui descendait de la commissure labiale jusqu'à la base de la mandibule et la continuaient horizontalement jusqu'à l'angle de la mâchoire.

Blandin et Demarquay faisaient une incision le long du sterno-cléido-mastoïdien pour permettre à un aide de récliner en arrière les vaisseaux caroditiens. Ils détruisaient alors le néoplasme par la bouche, soit à l'aide du serre-nœud, soit avec l'écraseur.

Vohsen décrit, à son tour, l'opération typique de la pharyngectomie externe :

« C'est Langenbeck (1) qui a introduit, dans le but d'opérer ces tumeurs, la résection temporaire du maxillaire inférieur, et tous les auteurs adoptèrent ce procédé de la mise à nu des parois latérales du pharynx.

Kocher, dans son enseignement des opérations (1907), décrit la résection ostéoplastique pour la mise à nu du pharynx supérieur, de telle sorte que, après section oblique du maxillaire d'arrière en avant, de dedans en dehors et de haut en bas, sur le bord antérieur du masséter, on attire la branche montante en haut, la branche horizontale en avant.

Mikulicz et Küster se mirent à pratiquer la résection totale de la branche montante du maxillaire inférieur. Comme avantage, Mikulicz insiste sur la facilité que l'on a à dénuder la paroi latérale du pharynx ainsi que la possibilité de pratiquer presque toute l'opération avant de pénétrer dans la cavité pharyngée et buccale. Küster y voit aussi la suppression du rapprochement des maxillaires, mais il en reconnaît le mauvais côté : « Le maxillaire se trouve déplacé, puisqu'on supprime les deux muscles ptérygoïdiens, ceux du côté sain projetant le maxillaire vers le côté opéré, la puissance des muscles masticateurs est diminuée par suite de la suppression des insertions des muscles masticateurs du côté malade, le masséter, le temporal, le ptérygoïdien. » Mikulicz n'a que peu remédié à ces défauts en recommandant de ne scier l'os qu'au-dessus du masséter. Le point de vue de Küster qui, dans cette opération, veut suppri-

(1) Vohsen, de Francfort. — Communication au Congrès international O. R. L. Vienne, 1908. (*In Revue hebdom. de Laryng.*, 1909).

mer le rapprochement des maxillaires, est surtout important dans les cas où la tumeur siège dans la fente entre le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur. L'incision cutanée de Mikulicz va de l'apophyse mastoïde à la grande corne de l'os hyoïde, permettant ainsi de rechercher les ganglions malades, situés le long du sterno-cléido-mastoïdien et de la gaine des vaisseaux. Dans un grand nombre de cas, on pratique en outre la trachéotomie préliminaire, de sorte que la résection temporaire comme on la faisait, ainsi que la résection totale de Mikulicz, amènent une série de lésions graves qui tendent à discréditer la méthode. »

Vohsen transforme ces méthodes, comme il résulte de l'observation suivante :

« Homme de 23 ans, qui pendant son service militaire, fut pris de chatouillement au cou qui le faisaient vomir. L'amygdale gauche est transformée en une tumeur de la grosseur d'une petite pomme, ulcérée superficiellement, soulevant fortement les parties correspondantes du voile du palais ; en bas, elle s'étend au-dessus de la moitié gauche de la base de la langue et empêche l'examen du larynx. Au devant du tiers supérieur du sterno-cléido-mastoïdien, on sent un ganglion dur, de la grosseur d'un pruneau, non douloureux et mobile.

Examen microscopique : sarcome.

Incision d'après Mikulicz : de l'insertion du sterno à la corne de l'os hyoïde ; ablation des ganglions malades. La peau est écartée en avant et en haut et le maxillaire inférieur dénudé au niveau du bord antérieur du masséter.

L'artère maxillaire externe est refoulée en avant.

On sectionne le périoste en avant du masséter, on rugine sur le côté médian et on scie le maxillaire d'arrière en avant et de haut en bas.

Il convient de perforer préalablement le maxillaire dans le but d'une suture ultérieure. On détache ensuite le périoste de la face inférieure et interne du maxillaire inférieur à partir de la surface de section jusqu'à la branche montante. On saisit alors le maxillaire avec un large crochet derrière sa branche montante et on la tire en haut et en dehors, tellement que l'on obtient le même effet pour lequel Mikulicz a entrepris la résection totale de la branche montante. Il en résulte un large espace entre le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, que l'on saisit avec un large écarteur pour le tirer en arrière, en même temps que le digastrique, le stylo-hyoïdien et l'hypoglosse, et la branche montante, de telle sorte que l'on a une vue suffisante pour opérer dans la profondeur. Comme il s'agit de découvrir la région amygdalienne, la carotide interne peut être épargnée, puisqu'elle siège plus haut. Nous sommes maintenant arrivés à la paroi latérale du pharynx et le doigt, introduit dans la bouche, refoule vers l'extérieur la tumeur qui, dans ce cas, put être détachée sans section.

Suture des parois du pharynx au catgut.

Maxillaire suturé au fil d'argent. Pendant deux jours, alimentation par la sonde œsophagienne.

Le onzième jour, je pus présenter le malade avec la plaie extérieure guérie, à l'association médicale locale.

Le maxillaire était consolidé. »

Vohsen fait suivre cette observation détaillée des commentaires suivants :

« Cette méthode opératoire dont la nouveauté consiste dans le soulèvement du fragment postérieur en dehors, en avant et en haut, découvre d'une façon parfaite le pharynx, le cavum et l'entrée du larynx. Cette opération se pratique comme celle de Mikulicz, en dehors des cavités buccale et pharyngée, jusqu'au moment où on pénètre dans le pharynx, elle permet, chemin faisant, la découverte et l'ablation des ganglions malades, elle ne lèse aucun muscle, nerf ou vaisseau important, ne nécessite pas de trachéotomie préalable. Elle me semble être la méthode normale, destinée à l'ablation des tumeurs malignes de l'amygdale, lorsqu'elles ne s'étendent pas entre les maxillaires supérieur et inférieur. Dans ces derniers cas, la méthode de Mikulicz convient mieux, car elle empêche le trismus consécutif (1). »

Résultats et statistiques de la pharyngectomie externe

Krönlein (2) traita tous ses cancers de la gorge par

(1) Vohsen. — *Loc. cit.*

(2) Voici les chiffres exacts de sa deuxième série d'opérations :

29 opérations : 11 morts des suites de l'opération ;
18 guérisons opératoires :
1 mort par maladie intercurrente ;
1 guérison datant de 2 ans ;
1 guérison datant de 7 ans et suivie de l'apparition d'un nouveau cancer, à l'amygdale opposée ;
15 récidives rapides.

pharyngotomie latérale. Il rapporte deux séries de cas :

1° Sur huit pharyngotomies, il eut six morts des suites de l'opération, une de récidive ;

2° Sur une série de soixante et un autres cas, vingt-neuf furent opérés, onze sont morts des suites de l'opération, deux sont guéris (1).

Comme le précédent, Roudié « juge que la voie naturelle a bien peu d'indication. Il faut tomber sur des cas exceptionnels ; que le néoplasme soit peu étendu, mobile sur les parties adjacentes et surtout sans adénopathies secondaires » (2). Il s'effraie du voisinage de la carotide interne et cite Blandin (1848), Demarquay (1862), Broca (1877), qui mettaient à nu le paquet vasculo-nerveux par une incision parallèle au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, le réclinaient et abordaient ensuite, timidement, la tumeur par voie buccale.

Vallas (3) donne la statistique suivante :

Sur dix-neuf pharyngectomies, après résection du maxillaire, il résulta : douze guérisons, sept morts (cinq de broncho-pneumonies, une de syncope le lendemain de l'opération, une de cause non indiquée).

Il explique que la mortalité immédiate fut considérable dans cette série d'opérations, parce qu'il a eu affaire

---

(1) Krönlein. — *Loc. cit.*

(2) Roudié. — *Loc. cit.*

(3) Vallas. — Communication à la Société de Chirurgie, décembre 1906.

à des lésions étendues, nécessitant le sacrifice d'une partie du maxillaire inférieur.

Son élève, Latarget (1), cite dix observations de pharyngectomie externe :

1° Par voie sous-angulo-maxillaire ;

2° Par voie transhyoïdienne avec ostéotomie de l'os hyoïde ;

3° Par voie transhyoïdienne avec demi-résection de l'os hyoïde.

Il obtint neuf guérisons et une mort.

Cette mortalité est moindre que celle de Vallas, moindre que celle de Lindenborn (2) qui porte sur 110 cas et accuse une mortalité de 39 pour cent.

Cela tient, croyons-nous, à ce que la résection du maxillaire inférieur inflige au malade un choc opératoire trop considérable et qu'il est bon de lui préférer une intervention moins mutilante : aussi, la statistique de Latarget est-elle beaucoup plus encourageante que celle de ses devanciers.

Opérations préliminaires

Quelques chirurgiens font précéder l'extirpation de la tumeur d'opérations préliminaires, telles que la trachéotomie et les ligatures des vaisseaux carotidiens.

---

(1) Latarget. — Th. Lyon, 1906.

(2) Lindenborn (1904) ;
23 opérations :
9 morts des suites de l'opération ;
14 guérisons opératoires, suivies de récidive rapide.

Trachéotomie. — Dans les extirpations larges, la *trachéotomie* donne, suivant Redon, « sécurité, simplicité et efficacité. » Nous ne la croyons indispensable que dans les cas où l'asphyxie est rendue imminente par le volume considérable de la tumeur, qui crée un obstacle mécanique à la respiration. C'est ainsi que, dans un cas récent, nous vîmes pratiquer la trachéotomie intercrico-thyroïdienne par M. le professeur agrégé Jacques, à un malade atteint de sarcome du voile (tumeur du volume d'une orange), parce que les premières gouttes de chloroforme avaient déterminé l'asphyxie par gêne mécanique de la respiration.

La *trachéotomie préventive* est défendue par Langenberck, Mikulicz, Trendelenburg; elle est rejetée par Krönlein, Bergmann, Vallas, et des chirurgiens comme Kocher et J.-L. Faure, qui en ont d'abord été partisans, l'ont complètement abandonnée aujourd'hui. Sébileau est le seul qui l'ait récemment préconisée, mais il la fait trois ou quatre semaines avant l'opération principale, de façon que le malade ait le temps de s'habituer à respirer par sa canule.

Ligature des vaisseaux. — La ligature des vaisseaux carotidiens soulage parfois les douleurs ; elle peut aussi retarder la diffusion néoplasique. Généralement, elle est employée, dans un premier temps opératoire, pour supprimer ou restreindre l'hémorragie. C'est ainsi que Velpeau (1) mit une ligature d'attente sur la carotide primitive dans le cas que nous relatons plus haut.

Disons dès maintenant que lorsqu'on intervient par

(1) Velpeau. — *Loc. cit.*

voie buccale dans les cas de cancers, compliqués d'adénopathie, on peut utiliser l'incision pratiquée dans le but d'extirper les ganglions cancéreux, pour poser une ligature sur la carotide externe. On s'assure ainsi une hémostase appréciable, mais il est bon de savoir, qu'en général l'hémorragie est insignifiante, comme en témoignent presque toutes nos observations, même en l'absence de toute ligature.

Dangers et inconvénients de la pharyngectomie externe

Ces différentes variétés d'accès sur les néoplasmes du pharynx semblent avoir un but commun : celui d'obtenir une voie aussi large que possible sur la tumeur, et cela, aux dépens des téguments et du squelette, en particulier, du maxillaire inférieur.

Nous croyons cette pratique inutile et dangereuse.

Nous n'en voulons pour preuve que les multiples essais, pratiqués dans ce but, et qui n'ont laissé à leurs auteurs que désillusions : Duplay, Malgaigne, Billroth, Langenbeck pratiquaient la pharyngotomie sus-hyoïdienne ; Israël, Hamans, Barker, Richardson, Frænkel, Péan l'incision allant de la commissure à la branche montante ; Maunoury et Verneuil faisaient une incision angulaire (v. fig. 6), Cheever une incision en T, Chavasse en V.

Puis, le maxillaire fut trouvé gênant. Et c'est Langenbeck, Weber, Obanlinsky, Trendelenburg, Mickulicz,

Polaillon, Küster, etc., qui résèquent d'une façon temporaire ou définitive le maxillaire inférieur.

L'incision de la joue peut à peine donner un jour plus considérable que l'ouverture maxima de l'orifice buccal. La section du maxillaire demande une traction rigoureuse des deux segments osseux pour permettre un écartement très faible ; la résection définitive, si elle donne un jour suffisant sur la cavité pharyngienne, produit un choc considérable sur un organisme déjà fort affaibli et doit être rendue responsable des morts opératoires si fréquentes, dont rendent compte les statistiques des auteurs que nous avons citées précédemment.

Au cours de l'intervention, par voie externe, l'opérateur peut être amené à léser involontairement les vaisseaux carotidiens et leurs branches principales, à traumatiser des nerfs importants (pneumogastrique, sympathique, facial, etc.).

Après l'opération, il est nécessaire de renouveler fréquemment les pansements, à cause du voisinage dangereusement septique de la cavité bucco-pharyngée.

Malgré cette précaution, la plaie externe s'infecte très souvent et sa suppuration, extrêmement fétide, entraîne fréquemment une issue fatale.

Il n'est pas rare de voir les gros vaisseaux, baignant dans un milieu purulent infect, s'ulcérer et donner lieu à une hémorragie foudroyante.

Une broncho-pneumonie éclate souvent dès les premiers jours qui suivent l'intervention, ou bien c'est un infractus septique qui va créer une phlegmasie dangereuse dans un endroit quelconque de l'organisme.

L'ostéotomie du maxillaire n'est pas sans danger consécutif, elle est parfois suivie d'une ostéite des deux surfaces de section qui donne lieu à la formation de séquestres, à une cicatrisation vicieuse avec déformation définitive ; ainsi se trouve rendue impossible l'alimentation chez un malheureux, déjà débilité.

Enfin, il peut s'établir une fistule avec excrétion salivaire ou alimentaire, dont la persistance ajoute une infirmité à l'état déjà précaire du malade.

II. — PHARYNGECTOMIE PAR VOIE INTERNE

La *pharyngectomie interne* procure une survie exempte des phénomènes douloureux qui signalent l'envahissement du mal ; elle soulage le malade et lui apporte un réconfort moral, et cela sans l'exposer à un danger sérieux.

Nous n'avons pas en vue « ces tumeurs squirrheuses, infiltrées dans la base de la langue, faisant corps avec la branche montante et fusionnées avec une masse ligneuse de ganglions, comblant l'espace maxillo-pharyngien ; ces tumeurs échappent, bien entendu, au mode buccal d'exérèse, et même, en général, à toute entreprise opératoire » (1).

La série d'observations que nous publions plus loin montre la rareté des complications pulmonaires, et en général, des complications immédiates signalées au cours de la pharyngectomie externe.

(1) P. Jacques. *loc. cit.*

Il est bon de noter que l'exérèse est au moins aussi complète et, sûrement moins dangereuse, par la voie buccale que par la voie externe. La lecture de nos observations montre, en effet, qu'il ne s'est jamais produit de récidive locale ; quelquefois, l'envahissement secondaire s'est montré à distance, soit au niveau de ganglions plus ou moins éloignés, soit au niveau de la paroi pharyngienne opposée, prouvant ainsi que les voies naturelles n'ont rien à envier aux procédés habituellement employés.

Indications et contre-indications

Nous nous sommes rendu compte dans les chapitres qui précèdent des inconvénients de la pharyngectomie externe. La pharyngectomie interne, au contraire, n'est-elle pas un procédé séduisant, qui diminue la durée de l'opération, évite les suppurations consécutives, procure au malade une guérison rapide et lui redonne confiance ?

Elle n'est malheureusement pas applicable à tous les cas, quoique son action heureuse s'étende à des lésions déjà fort étendues. Les contre-indications qu'on lui reconnaît sont, d'ailleurs, applicables à la pharyngotomie externe dans presque tous les cas.

A) Tumeurs bénignes.

Nous ne faisons que citer les tumeurs bénignes (fibromes, adénomes, papillomes, myxomes, kystes, angiomes) dont l'extirpation n'est pas plus compliquée qu'une amygdalectomie.

B) Tumeurs malignes.

Pour les tumeurs malignes, les indications dépendent : 1° de leur nature ; 2° de leur situation et 3° de leur étendue.

1° *Nature des tumeurs.*

a) *Sarcome.*

Le sarcome fasciculé est le plus fréquent, d'après Moure. C'est une tumeur lisse, encapsulée. Les tissus voisins sont peu ou pas infiltrés ; la réaction ganglionnaire est à peu près nulle. C'est le type des néoplasmes malins justiciables de l'intervention buccale ; leur énucléation est, en général, facile, se fait aisément au doigt, et la réparation de la plaie peut toujours être hâtée par la suture des bords muqueux cruentés, grâce à la distension et à l'intégrité relative du revêtement de la tumeur.

b) *Lympho-sarcome.*

Les lympho-sarcomes sont plus diffus et se compliquent d'adénopathie souvent éloignée. Ils évoluent rapidement et constituent des « noli me tangere ».

M. le professeur Jacques en cite un cas intéressant :

« Mme L..., (Vosges), 40 ans, institutrice en retraite, « commençait à se plaindre, au début d'avril 1911, d'un « engorgement pharyngien un peu douloureux, gênant « la déglutition. Cette soi-disant angine incommode « n'était autre chose qu'un sarcome infiltré et déjà « largement ulcéré, intéressant la presque totalité du « voile, prédominant sur sa moitié gauche : la plus « grande partie de l'isthme du gosier était occupée par « une masse charnue rose pâle, entourée d'une atmos- « phère œdémateuse, empiétant sur le palais dur,

« gagnant l'espace rétro-molaire, et infiltrant la base de « la langue, sans présenter nulle part de limite nette.

« Plusieurs ulcérations siégeaient à sa convexité ; le « tout était fixé à la paroi pharyngienne postérieure, « d'une part, à la branche montante du maxillaire, « d'autre part. En outre, l'inspection et la palpation « révélaient un empâtement bosselé, rénitent, de la « région latérale du cou, entre l'angle de la mandibule « et le sterno-mastoïdien.

« La malade avait déjà beaucoup maigri ; malgré « l'insistance de la famille, j'ai cru devoir me refuser à « toute entreprise chirurgicale, l'examen histologique « avait en effet montré qu'il s'agissait d'un sarcome « globo-cellulaire très malin.

« Le traitement radiothérapique, institué sur mon « conseil, et continué pendant trois mois, réussit à « réduire l'engorgement ganglionnaire, et à tenir à peu « près en respect la tumeur gutturale. Au bout de ce « temps, la malade exigea une intervention radicale « qui fut pratiquée par voie externe, à laquelle j'ai « appris qu'elle succomba presque immédiatement. »

c) *Epithélioma.*

Les épithéliomas végétants, tumeurs développées en surface, atteignent souvent un assez grand volume. Elles restent cependant mobiles sur les plans sous-jacents et ne provoquent que des adénopathies tardives.

L'indication de l'extirpation dépend de l'ancienneté et de l'étendue de l'affection, ainsi que de l'état général du malade. Il est bon d'intervenir lorsque la tumeur est à son début et tant qu'elle n'a pas envahi le vestibule laryngé.

Il faut respecter le néoplasme quand l'adénopathie angulo-maxillaire ou cervicale forme une grosse masse indurée et adhérente et que le cancer fait corps avec le maxillaire ou bien alors recourir, si les circonstances le permettent, à l'opération externe.

2° Situation des tumeurs.

Nous en distinguons plusieurs groupes : celles du voile du palais, de l'amygdale, de la langue et de la paroi postérieure du pharynx. Ces indications n'ont qu'une valeur théorique : la tumeur prenant son point de départ en un point quelconque du pharynx et adhérant ensuite aux régions voisines.

a) *Groupe des tumeurs du voile.*

L'éradication, par la bouche, des tumeurs primitives du voile ou de la luette peut être complète et radicale, grâce à la possibilité de dépasser largement les limites du mal.

b) *Groupe des tumeurs de l'amygdale.*

Ce sont les plus fréquentes, comme nous l'avons montré au chapitre Statistiques, et celles pour lesquelles on est appelé le plus souvent à se prononcer.

Ayant leur point de départ à l'amygdale, ces tumeurs envahissent rapidement les régions contiguës. Lorsque le malade demande conseil, à l'apparition du néoplasme, l'éradication, sous cocaïne, est des plus simples. Mais, le plus souvent, il ne consulte que quand la lésion végétante ou ulcéreuse a gagné le voile et la luette, le sillon amygdalo-glosse et la base de la langue, voire même la paroi postérieure et latérale de l'arrière-gorge.

Ces tumeurs, malgré leur étendue, gardent une mobilité relative sur les plans profonds. La métastase ganglionnaire peut ne se produire que tardivement.

C'est de l'état des ganglions que nous retirons l'indication opératoire :

L'angle de la mâchoire dénote-t-il l'absence complète de ganglions infectés, ou bien, n'y trouve-t-on que quelques glandes isolées et mobiles ? l'intervention, par voie naturelle, est indiquée, quelle que soit l'étendue de la tumeur pharyngée.

La région angulo-maxillaire est-elle, au contraire, envahie par une masse ligneuse de ganglions cancéreux qui l'engaine intimement ? la voie buccale n'est pas à recommander, pas plus, d'ailleurs, que la voie externe.

c) *Groupe des tumeurs de la langue.*

Quoique l'étude de ces tumeurs soit en dehors du cadre de ce travail, nous pouvons signaler qu'il est fort possible de les aborder utilement par la voie naturelle, comme c'est la tendance actuelle des chirurgiens.

d) *Groupe des tumeurs de la paroi postérieure du pharynx.*

Elles sont presque toujours secondaires à un néoplasme voisin.

La paroi du pharynx est recouverte d'un tissu cellulaire lâche qui aide à leur énucléation. De plus, ce tissu cellulaire forme une gaine qui isole le cancer des tissus prévertébraux. Leur dissection est donc très facile et complète ; ce qui est en faveur de la voie buccale, comme voie d'accès de ces néoplasmes.

3° Étendue des tumeurs.

Les tumeurs du pharynx paraissent quelquefois plus volumineuses et plus étendues qu'elles ne le sont en réalité. Lorsque la masse principale est enlevée, on obtient un jour très suffisant sur les parties restantes, grâce à l'éclairage frontal. De plus, les tractions sur la langue et, surtout, l'exploration digitale permettent de se rendre compte de l'existence de prolongements néoplasiques et de les énucléer.

En dedans, rien n'empêche d'empiéter largement sur le voile.

En arrière, la dissection est facile, grâce à la laxité du tissu cellulaire prévertébral.

En haut, la tumeur peut prendre une large expansion dans le cavum ; mais, si elle gagne l'orifice tubaire et l'espace ptérygo-maxillaire, l'exérèse devient extrêmement difficile, et il faut avoir recours à la voie transsinuso-faciale.

En bas, la voie buccale n'est suffisante que si le prolongement lingual de la tumeur n'a pas envahi le vestibule du larynx — dans ce cas, il faut compléter l'opération en ayant recours à la voie sous-hyoïdienne.

En dehors, l'infiltration néoplasique est arrêté par une première barrière, formée des trois muscles styliens et de l'apophyse styloïde; puis, par le ptérygoïdien interne, la branche montante et la sangle du digastrique. L'envahissement de cette région est donc tardif et nous abordons généralement les tumeurs, alors que l'infiltration est peu avancée de ce côté.

En avant, la marche de la lésion est facilitée par la direction du ptérygoïdien interne. Elle se diffuse faci-

lement le long de la branche montante et sous la joue, rendant l'opération radicale presque impossible (Voy. obs. I).

En résumé, nous avons vu que la pharyngectomie interne est applicable à presque tous les cas où la pharyngectomie externe est indiquée. Il faut tenir compte, plutôt du degré de l'infiltration ganglionnaire, que de la nature, du siège et de l'étendue de la tumeur elle-même. Comme le disait, en 1908, M. le professeur Jacques, il est bon de respecter « les tumeurs squirrheuses..., accompagnées d'une masse ligneuse de ganglions comblant l'espace maxillo-pharyngé... » (1).

L'absence de ganglions cancéreux ou la présence de petits glanglions, facilement énucléables, est le plus sûr garant de la réussite de l'opération radicale.

Technique opératoire

Soins préliminaires.

Les quelques jours qui précèdent l'opération doivent être consacrés a une désinfection énergique de la cavité bucco-pharyngée ; les gingivites doivent subir un traitement sérieux ; les dents cariées et les chicots doivent être extraits. La désinfection du nez et du rhino-pharynx se fait à l'aide de pommades antiseptiques au menthol, à l'acide borique, à la résorcine. Toutes les heures, devront être pratiqués des gargarismes à l'aide d'une solution alcaline (borate ou perborate de soude).

(1) P. Jacques, *loc. cit.*

Il n'est pas inutile de favoriser préventivement l'hémostase, en faisant quelques injections de sérum gélatiné ou en ordonnant une potion au chlorure de calcium.

Anesthésie.

a) *Anesthésie locale.*

Elle n'est suffisante que dans les tumeurs au début, bien localisées et dont l'extirpation ne présente pas plus de difficultés qu'une amygdalectomie. Elle consiste en badigeonnage de la région malade à l'aide d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 5, ou mieux, en injection sous-muqueuse d'une solution de chlorhydrate de cocaïne ou de novocaïne à 1 p. 100. Nous n'employons pas la solution cocaïne-adrénaline, à cause de la vaso-dilatation due à ce dernier produit, qui peut causer une hémorragie post-opératoire.

Mais, l'anesthésie générale est de beaucoup préférable, parce qu'elle donne plus d'aise à l'opérateur et que le malade n'assiste pas, en témoin, à l'opération dont il est l'objet.

b) *Anesthésie générale.*

Le chloroforme est l'anesthésique de choix. Il est préférable à l'éther qui est souvent la cause de bronchopneumonie et détermine au niveau de la tête une congestion intense ; de plus, l'administration de l'anesthésique est fort irrégulière, en raison du voisinage du champ opératoire et l'usage du galvano ou du thermocautère pourrait provoquer de dangereux accidents.

Le chloroforme est donné à l'aide d'une compresse ou du masque habituel.

S'il a été nécessaire d'opérer une trachéotomie, on adapte à la canule un tube en caoutchouc terminé par un entonnoir qui reçoit le chloroforme.

L'appareil de Kühne (intubation per-orale) n'est souvent pas utilisable, en raison de la gêne apportée par le tube aux manœuvres d'exérèse et de tamponnement pharyngé.

Position du malade et du chirurgien.

Le malade est attiré à l'extrémité de la table pour être placé dans la position de la tête déclive (position de Rose, adoptée pour la plupart des interventions intrabuccales et pharyngées). Les épaules reposent sur un coussin et la tête, pendante, est soutenue par un aide, qui, de la main droite, enserre le front, et, de la main gauche, embrasse et soutient la nuque. L'aide ne doit relever la tête de l'opéré que sur l'ordre du chirurgien, l'opération une fois terminée.

Lorsque cette manière de faire ne peut être mise en pratique, par suite du nombre limité des aides, on doit utiliser un appuie-tête qui se fixe à la table d'opération et permet de maintenir la tête à la hauteur voulue, grâce à deux coussinets mobiles.

La position de Rose, ainsi obtenue, évite la chute des débris de tumeurs et du sang dans les voies respiratoires, qui s'accumulent dans le rhino-pharynx ; on les y recueille à l'aide de tampons de coton hydrophile, montés sur la pince pharyngienne, ou mieux, avec une longue canule en verre, reliée à un appareil de Potain, qui nettoie énergiquement toute la gorge.

La position de Rose a un autre avantage : c'est qu'au

cas où l'éclairage électrique ferait défaut, la tête du malade serait tournée vers une fenêtre et le fond de la gorge serait ainsi suffisamment éclairé.

L'opérateur, muni d'un réflecteur électrique puissant, se placera, au début de l'intervention, à la droite de l'opéré ; l'assistant se trouvera à la tête, chargé d'écarter la langue ou de comprimer les points saignants, ayant à sa gauche un aide muni de l'aspirateur ou de la pince porte-coton. Le chloroformisateur se mettra du côté gauche du malade.

Plus tard, l'opérateur et l'assistant changeront de place, pour permettre au premier de poursuivre plus directement les prolongements inférieurs de la tumeur.

Trachéotomie.

Sébileau conseille de poser une canule, au cours d'une première intervention (extirpation des ganglions et ligature des vaisseaux), pour que le malade ait le temps de s'y habituer. Nous estimons que la trachéotomie ne doit être utilisée que dans les cas indispensables ; quand, par exemple, la tumeur a acquis un développement tel qu'elle oppose un obstacle à la respiration et que l'asphyxie devient imminente dès que le malade prend la position horizontale.

Même dans ces cas, nous croyons plus facile, dès les premières gouttes de chloroforme, de faire une trachéotomie intercrico-thyroïdienne, de continuer l'anesthésie par la canule ; puis, d'abraser la tumeur et de décanuler l'opéré aussitôt l'exérèse terminé (Observation VI).

On suture cette petite plaie après l'opération. Il est

bon d'employer la canule plate de Botey, n° 5, que l'on insinue dans l'espace intercrico-thyroïdien.

Ligature des vaisseaux. - Extirpation des ganglions.

Nous avons vu, dans les chapitres précédents, que l'hémorragie, presque toujours veineuse, est peu considérable, et facilement maîtrisée.

L'étude de l'anatomie de la région nous a montré l'existence de deux plexus veineux: l'un, sous-muqueux, à direction générale verticale, est le *plexus péri-pharyngien* ; l'autre, plus en dehors, englobant le muscle ptérygoïdien externe, est le *plexus ptérygoïdien*. Ces deux réseaux veineux, alimentés, en partie, par les voies de retour intra-crâniennes (veines méningées moyennes, sinus de la dure-mère, etc.), communiquent largement avec ceux du côté opposé: on comprend que la ligature de la carotide ne les influence pas.

On commencera par découvrir les ganglions cancéreux, sterno-mastoïdiens ou rétro-maxillaires, et on en pratiquera soigneusement l'extirpation. Il sera, dès lors, facile, si on le juge bon, de profiter de l'incision faite le long du sterno-cléido-mastoïdien, pour ligaturer la carotide externe, soit, au-dessus de l'émission de la thyroïdienne supérieure (avec ligature de sa branche laryngée supérieure), soit, de préférence, à son origine.

La plaie externe est alors suturée.

Voici comment M. Jacques décrit

L'exérèse de la tumeur.

« Si l'on a affaire à une tumeur encapsulée ou à limites nettement arrêtées (bénignes ou semi-malignes), fibromes, lipomes, adénomes, angiomes et lymphangiomes,

kystes, certains sarcomes, etc., l'incision sera pratiquée dans la partie la plus saillante et la plus accessible de la tumeur, de préférence au bistouri, exceptionnellement au thermo ou au galvano-cautère.

Le décollement se fera dans le plan de clivage, en utilisant surtout l'index, dont la sensibilité spéciale supplée parfois très heureusement à l'insuffisance de la vision directe ; l'usage d'une compresse sèche, coiffant le doigt, peut, pour certaines tumeurs, faciliter la dissociation d'avec les tissus sains. D'une façon générale, le saignement s'arrête spontanément, dès que la masse néoplasique a été enlevée, grâce à la rétraction facile des tissus ambiants.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes, toujours plus ou moins infiltrées, le chirurgien devra s'assurer d'abord, par une palpation minutieuse, combinée au toucher naso-pharyngien, des connexions et des prolongements du néoplasme.

Ceci fait, l'incision sera continuée par la section verticale du voile, immédiatement en dehors du tissu dégénéré, depuis le bord libre jusqu'à l'attache palatine ; le bistouri, ou mieux encore, les ciseaux courbés sur le tranchant seront préférés au thermo-cautère, dont l'action destructive sur les tissus ne permet pas d'en reconnaître exactement les caractères ; une ou deux pinces, placées sur les deux bords du voile, en même temps qu'elles assureront l'hémostase, serviront à l'écartement.

La section du voile est continuée par une incision au bistouri, de la muqueuse de la face buccale, encadrant la majeure partie de la tumeur, qu'elle embras-

sera dans un arc de cercle, à concavité inféro-interne, étendu de la ligne médiane, à la base de la langue, passant en dehors du pilier antérieur.

La masse principale du néoplasme ainsi circonscrite, on en poursuivra la dissection en approfondissant, sous le contrôle de la vue, le sillon ainsi tracé, soit avec le bistouri, soit mieux avec des ciseaux à pointe mousse et courbés sur le plat. Dans ce temps opératoire, la dissection se fera, autant que possible, sous le contrôle de la vue, chose relativement facile, en raison de la faible effusion sanguine qui l'accompagne ordinairement. Le voile est ainsi traversé d'avant en arrière dans toute son épaisseur au voisinage de son insertion osseuse. Puis, la tranchée s'enfonce au-dessus et en dehors de l'amygdale, à travers l'aponévrose et les muscles du pharynx, dans l'espace maxillo-pharyngé, d'où peuvent être extirpés éventuellement quelques ganglions.

C'est alors seulement, au moment où la masse principale de la tumeur va être détachée et extraite que l'on aura, d'habitude, à compter avec l'hémorragie. Les plexus péri-pharyngiens, souvent pénétrés par quelques expansions néoplasiques, sont nécessairement ouverts et donnent lieu à quelque jaillissement veineux incommode, sinon imprévu. C'est alors que le doigt aura à suppléer avec avantage, pour quelques instants, l'œil défaillant.

L'extirpation du plus gros de la tumeur sera rapidement menée, afin de libérer le champ opératoire, et de réduire par un tamponnement efficace l'hémorragie veineuse. Après quelques minutes de compression, il deviendra facile de saisir sur le fait les bouches vascu-

laires, accidentellement ouvertes et de les obturer par forcipressure.

Il ne faut pas se dissimuler toutefois que l'application des pinces, même de forme allongée et munies de griffes à leur extrémité, ne sera pas toujours aisée. On aura, en effet, affaire le plus souvent à des plaies longitudinales de vaisseaux, plus ou moins englobés par le tissu fibreux, sinon par des traînées carcinomateuses. C'est alors qu'on recourra, avec grand avantage, aux agrafes de Michel, et, plus particulièrement, au type modifié récemment par Wagener, et construit par Pfau. L'instrument se compose d'une double griffe, comparable à celle des pinces de Michel, mais, agissant parallèlement et montée à coulisse sur une tige quadrangulaire de longueur appropriée, par un mécanisme analogue à celui du serre-nœud. Les agrafes elles-mêmes, établies pour assurer le rapprochement des plaies, dans le cas d'hémorragie amygdalienne, sont de dimensions sensiblement supérieures aux agrafes communes de Michel. Appliquées sur une plaie vasculaire, elles peuvent être abandonnées à elles-mêmes dans la plaie, sans causer aucune gêne au patient ni préoccuper le chirurgien. Au cas, en effet, où l'extraction en serait rendue, pour une raison quelconque, par trop malaisée, l'agrafe refermée tomberait d'elle-même au bout de quelques jours et serait déglutie, comme nous avons pu nous en convaincre personnellement, sans aucun dommage pour l'opéré.

Si, à ce moment, l'excision pratiquée comme nous venons de le dire, ne peut embrasser, avec certitude, la totalité des tissus néoplasiques, il devient relative-

ment facile, le champ opératoire étant largement dégagé et l'hémostase assurée, d'exciser les prolongements apparents et de détruire, par une large cautérisation ignée, les points suspects d'infiltration.

Si la tumeur a envahi la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx, on excisera de celle-ci toute la portion dégénérée, sans rencontrer de trop grandes difficultés, grâce à la laxité du tissu prévertébral, qui, pendant longtemps, isole la gouttière fibro-musculeuse du squelette vertébral et des muscles qui l'entourent.

L'attention sera dirigée ensuite vers la base de la langue où, suivant le bord inférieur de l'amygdale palatine, la tumeur se sera plus ou moins infiltrée dans la portion avoisinante de l'amygdale linguale et dans les muscles sous-jacents ; à la faveur d'une traction judicieuse, exercée sur la pointe de la langue, la zone suspecte sera exposée et largement excisée, tant au bistouri qu'aux ciseaux, de forme appropriée. En ce point, on n'aura guère affaire qu'à quelques artérioles, émanées de la palatine ascendante, et accessibles à la forcipressure ordinaire.

Enfin, après les prolongements postérieurs et inférieurs, l'attention se portera sur les expansions antérieures qui auraient pu déborder l'exérèse primitive, du côté de l'espace rétro-molaire et même vers la joue. Dans cette région, l'infiltration est particulièrement à redouter, entre la muqueuse et le ptérygoïdien interne, en raison de la tendance toute spéciale à la diffusion et à la récidive ; nous avons vu, du reste, que la constatation pré-opératoire d'une infiltration dans cette direction, constitue une contre-indication relative à l'opéra-

tion par voie interne et exige le recours à une résection par voie externe d'une portion de l'angle du maxillaire et des muscles qui le doublent.

Il faudrait en dire autant des fusées néoplasiques s'enfonçant, vers le haut, dans l'angle du pharynx, au voisinage de la trompe d'Eustache. Ces fusées, heureusement, comme celles qui se font du côté de la joue, n'existent guère que dans les cancers à type infiltrant, et non mobilisables à la palpation, non délimitables au toucher, accompagnés d'empâtement externe que nous avons vus former un type qui échappe aux interventions par voie buccale.

Quoi qu'il en soit, en présence de très volumineuses tumeurs, surtout à forme végétante, il faudra se garder, nous le répétons, d'un pessimisme hâtif, et, s'il est impossible d'extirper tout le néoplasme en masse, il ne faudra pas hésiter à l'attaquer par morcellement, en supprimant d'abord, comme nous l'avons dit, la masse principale, ce qui fournira un jour inattendu et des facilités inespérées, pour l'excision des portions restantes.

Sutures.

Quand une inspection attentive, facilitée par une hémostase complète et définitivement assurée par des ligatures, et par une palpation minutieuse de tout le champ opératoire, aura permis de conclure à l'extirpation de tout le tissu dégénéré, la vaste surface cruentée devra être réduite au minimum par rapprochement des bords muqueux.

On commencera par réunir, par quelques points de catgut, la muqueuse des deux faces du voile, au niveau

de la ligne de section ; puis, grâce à sa particulière laxité, la muqueuse de la paroi pharyngienne postérieure sera rapprochée de la lèvre opposée au dehors de l'excavation amygdalienne ; enfin, il sera généralement facile de refermer par quelques points de suture, la tranchée creusée dans la base de la langue, au niveau du sillon amygdalo-glosse. Pour toutes ces sutures, le catgut nous semble le matériel de choix.

Si la réunion n'a pu être complète, comme c'est le cas le plus habituel, une mèche iodoformée, doucement passée dans la plaie persistante, la mettra à l'abri des contaminations extérieures, tout en complétant l'hémostase. »

Soins post-opératoires.

Nos opérés nécessitent pendant les premiers temps qui suivent l'intervention, une surveillance très attentive, et la rapidité de la guérison dépend beaucoup des aides vigilants et dévoués, dont on a su les entourer.

Le nettoyage, fréquemment renouvelé de la bouche, à l'aide de solutions faiblement antiseptiques, données sous forme de lavages, à faible pression, soulagent les malades et évitent les infections secondaires (eau oxygénée, perborate de soude) ; nous nous trouvons très bien aussi des pulvérisations de solutions antiseptiques et alcalines, qui ont l'avantage de ne pas fatiguer les opérés.

Il est bon de pratiquer une injection de sérum physiologique pour compenser l'hémorragie, parfois abondante, qui a pu se produire au cours de l'intervention.

Si les vomissements, dus au chloroforme, décèlent la

présence de sang rouge, on donnera à sucer quelques morceaux de glace, ou bien, l'on tamponnera la surface saignante à l'aide de morceaux de coton, imbibés d'eau oxygénée.

L'alimentation est supprimée complètement pendant les premières 24 heures. Le lendemain, elle est reprise sous forme liquide, si la déglution est déjà possible.

Au cas où l'alimentation est impossible par suite d'une exérèse trop étendue, il est bon de fixer pendant un certain temps, une sonde œsophagienne que l'on passe par la fosse nasale du côté sain.

En général, l'alimentation est devenue presque normale au bout de 8 à 10 jours, comme en témoignent nos observations, et le malade peut quitter l'hôpital, en bonne voie de guérison.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé JACQUES

Epithélioma végétant du voile, de l'amygdale, du pharynx et de la joue.

M. J..., cultivateur, 60 ans, traité depuis deux mois pour stomatite ulcéro-membraneuse, à point de départ gingival, vient se plaindre d'une aggravation progressive de son état, en dépit d'usage prolongé de chlorate de potasse. Il éprouve depuis quelque temps des lancées douloureuses dans la mâchoire inférieure, en même temps qu'une certaine gêne de la déglutition et de la respiration pendant la nuit.

A l'inspection, on constate un volumineux champignon, développé sur la moitié gauche du voile, englobant l'amygdale et les deux piliers, jusqu'à la base de la langue, envahissant la paroi postérieure jusqu'à la ligne médiane et se prolongeant dans la joue jusqu'à l'espace rétro-molaire inférieur. Pas de ganglions ; notable amaigrissement depuis quelque temps.

Opération le 4 décembre 1909.

Sous chloroforme, en position de Rose, excision, au bistouri et aux ciseaux courbes, de la moitié gauche du voile, y compris la luette saine, en rasant le bord postérieur du palatin et sectionnant le crochet de l'aile ptérygoïdienne. En même temps, est extirpée la moitié correspondante de la gouttière pharyngienne, envahie ainsi que la région amygdalienne jusqu'au niveau de la langue, qui paraît échapper à l'infiltration.

L'exérèse est terminée par l'extirpation d'un gros nodule intragénien, terminant l'abouchement du canal de Sténon, ainsi que de la muqueuse dégénérée de l'espace rétro-molaire inférieur, en empiétant sur le ptérygoïdien interne largement infiltré et un peu sur le bord inférieur du maxillaire et les insertions massétérines.

Les surfaces musculaires douteuses sont largement rôties au thermocautère ; très peu de sang, sauf par une artériole, satellite du canal de Sténon (buccale ou transverse de la face), qui causa une hémorragie post-opératoire et obligea à un tamponnement iodoformé. Trois points de suture sur le voile : pas de ligature.

Les suites ont été très simples, sauf l'hémorragie ci-dessus signalée. Le malade a quitté la maison de santé le 15, soit douze jours après l'opération. Le 3 janvier, un mois après, le voile est cicatrisé ; mais, il persiste un ulcère induré de la joue, en regard des molaires inférieures, et il persista en dépit de l'extraction de celles-ci.

Depuis cette époque, le malade s'est présenté à diverses reprises (février et mars) avec des troubles de dysphagie, tenant en grande partie au trismus cicatriciel. Pendant tout ce temps, aucune récidive n'a été constatée du côté du pharynx. Mais, un ulcère néoplasique végétant a envahi progressivement la joue, dont l'extirpation ne peut être pratiquée. Le malade fut perdu de vue et succomba dans le courant de l'année 1910.

OBSERVATION II (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Jacques

Sarcome endothélial du pharynx.

Marcel A..., 13 ans, chétif, pottique guéri, mère tuberculeuse, éprouve depuis septembre 1910, une dysphagie non douloureuse progressive. Une opération, pratiquée vers cette époque, a amené un soulagement temporaire, suivi de la reproduction des phénomènes antérieurs, compliqués de dyspnée nocturne depuis quelque temps.

Au début de mars, cet enfant présentait dans la gouttière pharyngienne gauche, immédiatement au-dessous du bord inférieur de l'amygdale, une masse lobulée, lisse, rosée, sessile, du volume d'un œuf de pigeon environ, obstruant, en partie, l'orifice laryngien ; dans son point le plus saillant, existe un petit ulcère bourgeonnant ; pas de ganglions ; depuis quelque temps, l'état général est notablement affecté, tant par la dysphagie que par la dyspnée nocturne.

L'examen d'un fragment prélevé montre qu'il s'agit d'un sarcome endothélial, sans élément amygdalien.

Opération le 6 mars 1910.

Sous l'anesthésie chloroformique, la tumeur est extirpée en trois prises à l'anse chaude, en même temps que l'amygdale sus-jacente ; grâce à la laxité relative de la gouttière pharyngée, le bord inférieur du néoplasme, engagé dans le sinus piriforme, peut être attiré et complètement excisé par la bouche ; hémorragie nulle ; suites très simples, dysphagie modérée ; apyrexie. Le malade quitte la maison de santé, cinq jours après l'opération.

Revu le 2 mai, la cicatrisation est franche et complète ; pas de ganglions. Un petit bourrelet cicatriciel occupe le pôle inférieur de l'amygdale ; l'état général est très amélioré. La liqueur de Fowler est prescrite à l'intérieur.

Fin octobre, le petit malade avait considérablement engraissé

et ne présentait pas trace de récidive locale ni ganglionnaire. La cicatrice pharyngienne était à peine visible.

Le malade a été revu récemment, toujours en bonne santé et indemne de récidive.

OBSERVATION III (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Jacques

Sarcome de la paroi latérale du pharynx nasal et du voile.

Mlle Jeanne F..., 7 ans, est présentée par ses parents à notre ami, le docteur Bertemès, de Charleville, à la fin de décembre 1909, pour des phénomènes d'obstruction nasale, accompagnés de douleurs de tête et d'écoulement d'oreilles ; il existe, en effet, chez elle une otite aiguë perforée du côté gauche, tandis qu'à droite, la suppuration qui remonte à une quinzaine est actuellement tarie. Les maux de tête ont coïncidé avec le début de l'otite, mais n'ont pas cédé avec elle.

L'obstruction nasale a pour cause une tumeur résistante, lobulée, un peu irrégulière, remplissant le cavum et sessile sur la paroi latérale droite de l'épipharynx.

L'enfant, quelques jours auparavant, a rejeté spontanément une portion de sa tumeur dont l'examen histologique aurait révélé la nature fibromateuse.

Concluant à un polype naso-pharyngien, notre confrère m'amène l'enfant, en me priant d'intervenir s'il y a lieu.

L'enfant F..., est une fillette amaigrie, en proie à une céphalée fronto-occipitale presque continue ; la respiration nasale est totalement impossible, la respiration buccale elle-même est bruyante. A l'inspection de la cavité buccale, l'attention est attirée par une proéminence très marquée, avec abaissement du voile, principalement du côté droit. Immédiatement en arrière, on aperçoit au petit miroir une masse néoplasique à surface granuleuse, tomenteuse, couverte d'enduit jaune-grisâtre qui comble en totalité l'épi-

pharynx. Le doigt la contourne en avant, en arrière et à gauche ; son pédicule semble répondre à la fossette droite de Rosenmuller. Le tympan droit est rétracté, rosé ; le gauche, perforé au pôle supérieur avec écoulement muco-purulent, gris-blanchâtre. Une sécrétion muqueuse abondante s'écoule par les narines. Sous le sterno-mastoïdien droit, on sent quelques ganglions qui n'existeraient que depuis quelques jours. Espérant avoir affaire à un fibrome infecté et partiellement sphacélé, nous décidons d'intervenir sans retard par les voies naturelles, en raison de l'état de déchéance relativement avancé et des phénomènes de suffocation menaçants.

Opération le 14 janvier 1910.

L'enfant étant chloroformée et placée tête déclive, le voile est incisé sur sa face buccale au point le plus saillant, depuis son attache palatine jusqu'au bord droit de la luette.

La tumeur apparaît alors sous forme d'une masse végétante blanchâtre, largement insérée sur la paroi latérale droite du pharynx, au-dessous de la trompe, et infiltrée dans la moitié droite du voile qu'elle distend.

Pour l'énucléer, la scission vélo-palatine est poursuivie sur sa face dorsale ; la muqueuse assez vascularisée, mais non dégénérée, est disséquée et la masse néoplasique extraite par fragments que l'ongle décolle et qu'on enlève à la pince.

Contrairement aux apparences, le centre de la tumeur a une consistance relativement molle, on en poursuit le morcellement dans l'espace maxillo-pharyngien, jusqu'aux limites macroscopiquement appréciables ; en raison de l'état de faiblesse de l'enfant, les ganglions sont provisoirement respectés jusqu'à vérification de la nature histologique réelle du néoplasme.

L'hémorragie est très modérée ; une mèche iodoformée est placée dans la vaste cavité résultant de l'énucléation des masses néoplasiques, son extrémité étant ramenée à l'orifice narinal droit ; le voile est réuni par trois points de catgut.

Aucune hémorragie ne s'est produite dans la journée de l'opération, ni dans les jours suivants. Aucune élévation de température. L'enfant s'alimente dès le 3e jour sans grande difficulté. Le 17 janvier, la mèche est extraite ; la tuméfaction cervicale a sensiblement diminué.

L'examen histologique des fragments de tumeur, pratiqué entre temps, a montré qu'il s'agissait non pas d'un fibrome enflammé et ramolli, mais d'un sarcome malin à petites cellules.

Nous prescrivons la liqueur de Fowler et l'enfant quitte la clinique le 22, très soulagée du côté du nez et de la gorge, mais se plaignant déjà d'une reprise de ses douleurs dans la nuque et le front. En outre, la région parotidienne commence à présenter une tuméfaction suspecte.

J'ai appris quelques semaines plus tard, que l'enfant avait succombé en pleine cachexie.

OBSERVATION IV (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Jacques

Epithélioma du voile.

M. C..., 65 ans, a été adressé à M. le professeur Etienne, par son médecin, pour une ulcération, considérée par lui comme tuberculeuse, développée à la face antérieure du voile du palais, un peu au-dessus et à gauche de la luette. Un traitement prolongé à l'acide lactique était resté infructueux.

Appelé en consultation par mon collègue, je crus pouvoir éliminer le diagnostic précédemment porté et conclure à un ulcère cancéreux.

En effet, l'ulcération qui occupe, à la face buccale du voile, au-dessus de l'arc palatin gauche, une surface un peu supérieure à celle d'une pièce de 50 centimes, présente des bords végétants et durs nettement limités à la vue et au toucher. Le fond, relativement uni dans la moitié interne, est soulevé par de nombreuses

excroissances, de consistance ferme, mais un peu pâles, dans la partie externe de la lésion. Il n'existe au voisinage aucun foyer secondaire, comme il ne manquerait pas de s'en produire dans le lupus. Enfin, l'affection a été remarquée depuis trois mois ; elle s'accroît lentement et régulièrement, et cause assez peu de douleur. Dans son ensemble, la région ulcérée s'élève notablement au-dessus du plan général de la muqueuse vélo-palatine.

Au point qui lui correspond sur le dos du voile, apparaît un bourgeon saillant, rosé ; le stylet ne traverse nulle part l'ulcère ; il ne paraît pas exister de ganglions. Un examen biopsique confirme le diagnostic clinique : il montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

L'*opération*, pratiquée le 24 février 1910, consista simplement en une excision large de la région moyenne du voile au bistouri, suivie d'un rapprochement par suture des bords cruentés.

Cette petite opération est aussi aisément supportée que l'excision des amygdales et permet au malade de quitter la maison de santé le 28.

Revu en décembre, le malade avait repris ses habitudes antérieures d'éthylisme et de tabagisme, sans récidive. Je n'ai pas eu de nouvelles de lui depuis cette époque ; mais, il est vraisemblable qu'il n'aurait pas manqué de réclamer à nouveau mes soins, s'il avait éprouvé quelque nouvel ennui de sa gorge, étant donné la simplicité et la bénignité de sa première intervention.

OBSERVATION V (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Jacques

Epithélioma ulcéré de l'amygdale, du voile, du pharynx et de la langue

M. M..., 46 ans, vient en mars 1911, consulter pour des troubles douloureux de la gorge, localisés surtout vers la base de la langue et qu'il éprouverait depuis deux mois environ. Un trai-

tement anti-syphilitique, tenté par son médecin, n'a fourni aucun résultat.

Le malade est un homme assez vigoureux, quoique un peu amaigri par sa récente dysphagie. La voix est un peu embarrassée, nasonnée ; la déglutition provoque des contractions douloureuses dans la face. Comme antécédent morbide, il raconte qu'il aurait fait l'an dernier sans cause définie de l'anasarque ; actuellement les urines sont brunes, mais non albumineuses. Les bruits du cœur sont un peu éloignés.

Un frère aîné a succombé, il y a trois ans, à une tumeur maligne de l'amygdale et de la base de la langue.

L'inspection de la cavité buccale découvre une vaste ulcération, excavant la fosse amygdalienne gauche, échancrant l'arc palatin, et se prolongeant sur la paroi pharyngienne postérieure, jusqu'au voisinage de la ligne médiane ; en bas, l'ulcération se prolonge suivant les replis glosso-amygdaliens jusqu'à la base de la langue et à la racine de l'épiglotte. La luette ulcérée, dans sa moitié gauche, est œdémateuse et couverte d'un enduit opalin.

Le vaste ulcère de l'isthme du gosier est limité par des bords végétants en talus, dont la palpation digitale revéla notamment, vers la base de la langue, une induration caractéristique. Pas de ganglions, sensibles à la palpation, de la région sous-maxillaire et du cou.

En présence de lésions aussi étendues, j'aurais sans doute hésité à proposer une intervention chirurgicale, même palliative, en toute autre circonstance, mais, trois années auparavent, j'avais cru devoir, en présence du malade, déclarer inopérable et fatalement mortelle dans un bref délai, une affection similaire chez son frère. Je promis donc à M. M... d'intervenir immédiatement, pour le débarrasser d'une affection, dont il ne soupçonnait que trop la malignité.

Opération. — Le 16 mars, sous l'anesthésie chloroformique, je pratiquai la ligature préalable de la carotide externe au lieu d'élec-

tion, sans rencontrer, au voisinage des vaisseaux, de ganglions appréciables. Puis, la petite plaie cutanée étant refermée, et la tête placée en situation déclive, la bouche est débarrassée d'un grand nombre de chicots, provoquant de l'inflammation gingivale.

Je procède alors avec le bistouri à l'excision du néoplasme ulcéré, en commençant l'incision par la section du voile à droite de la luette en tissu sain ; de là, l'incision se porte en haut vers la ligne médiane, puis, se recourbe vers la gauche, encadrant la tumeur dans sa concavité ; la section passe alors au ras de l'insertion palatine du voile qu'elle désinsère complètement dans sa moitié gauche. Le lambeau détaché est attiré avec la pince à griffes, et la dissection du néoplasme continue de proche en proche, avec les ciseaux, à travers la gouttière musculo-aponévrotique du pharynx. Les fibres du ptérygoïdien sont mises à nu, et particulièrement excisées, en raison d'un début d'infiltration du ptérygoïdien interne. Enfin, j'excise l'ulcère néoplasique du sillon amygdalo-glosse, grâce à une traction favorable exercée sur la pointe de la langue. Il ne reste plus qu'à pratiquer l'exérèse de cette portion de la tumeur qui a envahi la paroi postérieure du pharynx, et qui n'a pu être excisée en même temps que la masse principale ; ici, le clivage est des plus aisé et l'infiltration néoplasique ne semble pas avoir dépassé la couche des constricteurs.

Grâce à un bon éclairage frontal et à une large béance de l'orifice buccal, l'extirpation de la vaste tumeur a été réalisée assez rapidement et sans trop d'hémorragie ; seuls, les plexus ptérygoïdiens ont donné d'une manière gênante, et obligé à l'application d'une agrafe de Michel sur une plaie veineuse latérale réfractaire à la ligature.

La dissection du néoplasme a été tout entière exécutée avec instruments tranchants, ce qui a permis d'en mieux suivre les contours. Le thermocautère n'a été employé que pour modifier les couches superficielles du ptérygoïdien interne, suspect d'infiltration néoplasique.

La perte de substance, étendue et anfractueuse, a pu être en grande partie comblée par des sutures au catgut, fermant, d'une part, la plaie de la langue, rapprochant, d'autre part, les bords muqueux du voile sectionné. Une mèche iodoformée tamponne la région moyenne, demeurée béante.

Les suites opératoires ont été des plus simples ; la température n'a pas dépassé 38°, qu'elle a atteint le deuxième jour ; réaction pulmonaire nulle ; aucune hémorragie secondaire.

Le malade est alimenté à la sonde le troisième jour ; dès le cinquième, il déglutit spontanément.

Le malade quitte la maison de santé le 29 mars, soit treize jours après l'opération. La déglutition est alors facile, mais s'accompagne d'un léger degré de déglutition nasale ; la langue est déjà cicatrisée, ainsi que le voile. La plaie pharyngienne est couverte partout de granulations de bon aspect, un peu exubérantes toutefois vers la paroi postérieure.

Le 10 avril, la cicatrisation était très avancée ; il persistait une région encore granuleuse au niveau de l'amygdale et de l'attache gauche du voile ; aucun point suspect de récidive. L'état général est très amélioré, et le malade ne souffre plus.

Le 4 mai, tout est cicatrisé, sauf un bourgeon saignant, correspondant à l'agrafe laissée en place, mais qui a disparu. Ce bourgeon est cautérisé à l'acide chromique. Quelques douleurs otalgiques.

Le 16 juin, le malade se plaint de céphalée occipito-temporale et de constipation opiniâtre. La gorge est toujours très nette, le bourgeon cautérisé n'a pas reparu, mais sa base saigne toujours au contact, on la touche au galvanocautère.

Le 21 juillet, les phénomènes d'ankylose cicatricielle qui commencent à se faire sentir il y a un mois, se sont notablement accentués. Le malade se plaint de névralgie préauriculaire spontanée et provoquée par la pression. A l'intérieur de la bouche, plus de végétations suspectes, plus de saignements. Gingivite

tartrique très accentuée des molaires supérieures gauches avec œdème de la joue au voisinage. Toujours pas de ganglions.

A partir de cette époque, l'état général, au dire du médecin du malade, à commencer à décliner ; l'alimentation est redevenue pénible en raison d'otalgies violentes, prédominant du côté opposé à la tumeur enlevée. Le recours à la morphine a dû intervenir de plus en plus fréquemment, et le malade a succombé le 17 août, exactement cinq mois après son opération.

OBSERVATION VI (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Jacques

Volumineux sarcome de l'amygdale, opéré par les voies naturelles

Quand M. S..., représentant de commerce, âgé de 48 ans, vint se présenter à moi pour une grosseur spontanément développée dans sa gorge depuis quelques mois, sa voix inintelligible, son cornage respiratoire, son teint cyanosé me donnèrent d'abord l'impression qu'il devait s'agir d'une tumeur arrivée à un point de son évolution défiant toute tentative chirurgicale.

Ce n'était guère pourtant, à l'entendre, que depuis deux mois qu'il éprouvait de sa maladie quelque incommodité. Encore avait-il fallu qu'à cette époque son médecin, frappé du caractère nasonné de la voix, insistât pour s'assurer de sa cause. Persuadé qu'il s'agissait d'une simple angine, analogue à celle qu'il avait eue l'an passé, M. S..., consentit à ouvrir la bouche. On crut avoir affaire à un phlegmon, mais, l'incision, aussitôt pratiquée, ne donna que du sang ; aucune évacuation de pus ne survint dans la suite et l'affection continua son cours, en dépit de médications locales et générales, successives et variées, à base de salicylate de soude, du bleu de méthylène, de sels hydrargyriques en piqûres et de préparations iodées, jusqu'à ce que l'idée vînt enfin qu'il pouvait être question d'un néoplasme malin.

A l'inspection de la cavité buccale, l'isthme du gosier apparaît, entièrement obstrué par une masse charnue volumineuse, infiltrant tout le voile, un peu plus saillante à gauche et s'enfonçant de ce côté assez bas dans l'entonnoir hypopharyngien pour qu'il soit impossible, autrement qu'au toucher, d'apprécier ses limites inférieures. Les dimensions sont celles d'un gros œuf de poule ; la forme régulièrement globuleuse en avant, un peu bombée inférieurement. La muqueuse qui revêt la face antérieure est saine, mais amincie et vascularisée. Au voisinage du pôle inférieur se montrent deux ulcérations à peu près circulaires, à fond uni, grisâtre ; simples méplats érosifs, au niveau desquels le tégument, surdistendu et traumatisé par le passage du bol alimentaire, présente des lacunes du diamètre d'une pièce de 50 centimes. La luette n'est reconnaissable nulle part.

Une pression légère du stylet boutonné suffit à perforer la muqueuse et l'instrument pénètre sans effort au sein d'un tissu homogène, mollasse et saignant. Avec peine, en raison de l'étroitesse des parties, l'index contourne la tumeur en bas et en arrière ; il reconnaît son attache au niveau de la paroi latérale du pharynx sur une surface d'un diamètre égal à celui d'une pièce de 5 francs, dont le centre correspond à la situation de la fosse amygdalienne et dont la limite inférieure se prolonge vers la tonsille linguale et le repli pharyngo-épiglottique.

Bien qu'étroitement pressée contre la face interne de la branche montante de la mandibule, la tumeur ne fait pas corps avec celle-ci, mais adhère fermement à l'aponévrose pharyngienne et aux tissus de l'espace maxillo-pharyngien.

L'inspection extérieure révèle un certain abaissement de la région sus-hyoïdienne, mais la palpation montre les parties latérales du cou, indemnes de ganglions tuméfiés.

Peu de sensibilité spontanée, même du côté de l'oreille gauche. La déglutition elle-même est plus gênée que douloureuse. La parole est absolument confuse, bredouillée, à caractère amygda-

lien extrême. La respiration bruyante, courte, s'accompagne d'un cornage inspiratoire constant ; le sommeil est encore possible dans le décubitus latéral.

Quoique ayant perdu depuis quelques semaines une partie de son poids, le malade conserve un certain degré d'obésité et présente l'habitus lymphathique floride. Rien de notable à l'auscultation des sommets. Urines exemptes d'albumine et de sucre. Apyrexie ; pouls lent.

Diagnostic : Sarcome de l'amygdale étendu au voile du palais.

Traitement proposé et accepté : excision de la tumeur par les voies naturelles.

Opération. — Dès le début de la narcose chloroformique, la respiration s'embarrasse et la cyanose devient telle, malgré le soulèvement digital de la masse néoplasique, que je dois faire asseoir et réveiller le malade. Sous l'anesthésie locale, j'insinue alors dans l'espace crico-thyroïdien une petite canule, et la narcose reprise est continuée désormais sans incidents.

La tête étant placée en position légèrement déclive, le maxillaire inférieur abaissé au maximum et la langue déprimée au niveau de sa base, je libère le pôle saillant du néoplasme en sectionnant sur le doigt avec des ciseaux mousses, courbés sur le plat, le voile suivant son attache à la voûte osseuse de droite à gauche. Puis j'incise au bistouri la muqueuse staphylienne antérieure aux confins de la tumeur, en circonscrivant celle-ci du côté de la branche montante de l'espace rétro-molaire, où la section affleure la dent de sagesse inférieure, de l'amygdale linguale et enfin du repli pharyngo-épiglottique, exposé par traction de la langue. Introduit dans l'incision, l'index dissocie aisément la masse néoplasique relativement encapsulée, sauf au niveau du pédicule amygdalien, où la dissection exige l'usage des ciseaux et donne lieu à une hémorragie veineuse assez forte, bientôt tarie par forcipressure et ligature au catgut.

La tumeur enlevée, j'explore avec soin les parois de l'excavation

cruentée afin d'y rechercher les débris néoplasiques qui auraient pu échapper à l'exérèse. Une partie de la tonsille linguale gauche est extirpée, le bord postérieur de la plaie régularisé. Puis, une suture au catgut à points séparés rapproche dans toute l'étendue de la plaie les lèvres opposées de la cavité opératoire, sans drainage. Enfin la canule laryngienne est retirée et la petite boutonnière cervicale fermée par un point de fort catgut.

La masse principale de la tumeur de forme régulièrement ovoïde, mesurait 62 mm. dans son grand axe sur 47 dans le petit. A la coupe, elle apparaissait formée d'une masse encéphaloïde homogène, d'un blanc légèrement rosé. Au microscope, c'est un sarcome à petites cellules.

Les suites ont été des plus simples, la température n'a dépassé 37° que de quelques dixièmes, et cela le lendemain seulement de l'opération. L'alimentation buccale a pu être reprise dès qu'a été dissipé le malaise chloroformique. Il n'y a eu ni hémorragie ni réaction pulmonaire, accidents si redoutés après la pharyngectomie. L'excision par les voies naturelles, en dépit du volume du néoplasme, a pu être méthodiquement exécutée à l'instrument tranchant, sans ligatures préalables et sans perte de sang notable, aussi complètement que le permet un minutieux examen du champ opératoire à l'œil nu. Je ne pense pas qu'une section de la joue ou une résection préalable de la mandibule auraient fourni plus de garanties contre la récidive ; les suites opératoires eussent sans doute été moins simples et moins favorables.

OBSERVATION VII (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Aboulker, d'Alger

Epithélioma de la base de la langue, de l'amygdale et du voile du palais. Opération par les voies naturelles, évidement de la loge sous-maxillaire. Ligature de la linguale.

Ange P..., 65 ans, Kerrata, département de Constantine. Entre

à l'hôpital, salle Larrey, service de M. le docteur Sabadini, le 9 décembre 1909.

Il a un épithélioma qui englobe le pilier antérieur droit et la partie adjacente de la langue, s'étend en avant de la moitié droite de la partie horizontale de la langue. En arrière, il intéresse la base de la langue jusqu'à l'épiglotte et, en hauteur et en largeur, les deux tiers de la base.

Ligature de la linguale à droite, évidement de la loge sous-maxillaire. Section de la tumeur le long d'une pince, placée au milieu de la langue, section transversale en avant de la partie antérieure de la tumeur.

La langue, séparée du pilier, est attirée assez facilement et l'exérèse de la base est faite sous le contrôle de l'éclairage, après simple écartement de la joue, sans opération préliminaire.

Par précaution on fait une suture jusqu'à la base de la tranche. L'extrémité antérieure de la plaie, qui a dû être trop serrée par la pince hémostatique, se mortifie et met une douzaine de jours à s'éliminer.

Guérison complète, vérifiée à l'examen laryngoscopique, au bout de 15 jours.

Treize mois plus tard, le 9 janvier 1911, le malade est revu avec une récidive ganglionnaire carotidienne.

La guérison locale est complète, sans la moindre trace de récidive.

OBSERVATION VIII (Inédite)
Due à l'obligeance de M. le Docteur Gault

Tumeur de la paroi latérale droite du pharynx buccal intéressant les piliers, le voile, l'amygdale, la base de la langue. Ablation par les voies naturelles.

Mme P..., de Dijon, 50 ans, se présente à notre examen, le 7 janvier 1912, accusant de la dysphagie depuis environ 6 mois, avec otalgie droite surtout la nuit.

Elle présente une infiltration, sans ulcération, de toute la paroi latérale droite du pharynx buccal, d'aspect gris rosé intéressant l'amygdale, les deux piliers, la moitié droite du voile, le sillon glosso-amygdalien droit, et se prolongeant en arrière du pilier postérieur du pharynx sur la paroi postérieure. Au toucher, on perçoit une masse dure de la grosseur d'une noix revêtue de sa coque et se prolongeant en dehors. La tumeur semble mobile sur les plans sous-jacents, tout au moins dans la partie supérieure ; mais elle paraît adhérer à la partie inférieure vers le sillon glosso-amygdalien.

Pas de ganglions apparents. Suintement sanguin au moindre attouchement. Vu l'absence de ganglions apparents et la mobilité relative de la tumeur, nous proposons l'ablation par voie buccale, qui est acceptée par la malade.

L'opération a lieu le 6 mars, à la clinique de Sainte-Marthe, avec l'assistance de notre confrère le docteur Lucien, et de M. Guillemard, notre externe. Après ligature de la carotide externe, entre l'artère thyroïde et la linguale, sans que nous rencontrions de ganglions, la tête est mise en position de Rose, un baillon de Whithead ouvrant la bouche au maximum. Tandis qu'un aide récline la langue d'une part, la joue d'autre part, avec des écarteurs appropriés, nous fendons le voile sur la ligne médiane jusqu'à la voûte, avec des ciseaux à thyrotomie, passant à un bon centimètre en dehors du néoplasme. Au bistouri, incision verticale en dehors du pilier antérieur sur le bord antérieur du ptérygoïdien interne.

Réunion transversale des extrémités supérieures des deux incisions précédentes, puis au doigt, nous décollons la tumeur en dehors. Le clivage est assez facile en dehors, en avant, en arrière, où nous devons poursuivre le décollement jusqu'au milieu de la paroi postérieure du pharynx. Ce temps s'accompagne d'un suintement sanguin assez abondant, provenant des veines des plexus pharyngien et ptérygoïdien.

Néanmoins, la compression en a assez facilement raison, aidée du tamponnement avec des compresses imbibées d'eau oxygénée. En bas, la tumeur empiète et adhère à la racine de la langue qu'elle infiltre sur le côté, jusque vers l'os hyoïde. On pratique aux ciseaux, l'ablation de près de la moitié latérale droite de la partie postérieure de la langue. La tumeur enlevée, le pharynx se présente avec l'aspect suivant :

Abrasion de la paroi latérale droite du pharynx buccal, de la moitié droite du voile, de la moitié droite de la paroi postérieure pharyngée, de près de la moitié droite de la langue dans son tiers postérieur, jusqu'à l'os hyoïde. Cette vaste surface *cruentée* donne un saignement de moyenne abondance, dont le tamponnement a facilement raison.

En dehors, cette plaie reste limitée par les muscles stylo-pharyngien et stylo-glosse facilement reconnaissables.

En avant, dans le sillon glosso-gingival, se voit le gros cordon blanc du nerf lingual.

Avec la muqueuse restante on rétrécit la plaie ainsi faite. Il ne reste guère ensuite comme surface cruentée qu'une plaie un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs.

Le temps des sutures faites, tant au catgut qu'au fil d'argent, fut le plus laborieux. On aurait intérêt, je crois, à utiliser dans ces cas, quand l'ablation est très étendue, des agrafes de Michel.

Après l'opération, comme nous restons assez loin de la clinique, mise en place d'un compresseur de Bosviel.

Malade couchée tête basse, les pieds du lit relevés d'environ trente-cinq centimètres, de façon que sang et mucosités s'accumulent dans le pharynx, plutôt que d'être aspirés par la trachée. Le soir, T. 37°5. Le lendemain, température normale. On enlève le compresseur.

Mise en place d'une sonde œsophagienne à demeure, par laquelle la malade est alimentée.

OBSERVATION IX

Cancer épithélial du voile, de l'amygdale et de la gouttière pharyngée opéré et guéri par la voie buccale (1)

Un homme de 68 ans me fut adressé, au début de 1907, pour un volumineux épithélioma végétant, englobant la totalité de la luette, tout l'arc palatin droit, l'amygdale droite et ses piliers, enfin, la portion avoisinante de la gouttière pharyngée, gênant considérablement la déglutition et l'articulation de la parole. Le malade était assez amaigri, mais non pas précisément cachectique; on sentait un ganglion du volume d'une noisette au niveau de la bifurcation de la carotide.

En raison de la limitation assez nette du néoplasme, du défaut d'infiltration périphérique perceptible, et d'autre part, eu égard à l'âge relativement avancé du porteur, je jugeai à propos d'intervenir par les voies naturelles, après ligature préalable de la carotide externe et extirpation du ganglion.

Par une incision extérieure, pratiquée tout d'abord, l'artère fut liée au-dessus de l'émission de la thyroïdienne supérieure, dont la branche laryngée supérieure fut également ligaturée. Un ganglion du volume et de la forme d'un gros haricot, appliqué sur l'origine de la carotide interne, et déjà ramolli au centre, fut extirpé au cours de ce premier temps opératoire ;. on ne découvrit dans le voisinage aucune autre adénopathie suspecte. L'incision fut réunie par un surjet au catgut ; puis, le malade étant placé tête déclive et la bouche largement ouverte, un fort fil, passé au travers du voile à la racine de la luette, permit d'attirer et de fixer la partie médiane de la masse néoplasique. Il fut alors aisé, avec l'aide du miroir frontal, d'exciser, au moyen de ciseaux fortement courbés sur le plat, toutes les parties dégénérées, en un seul bloc jusqu'à la base de la langue.

---

(1) P. Jacques. — *Presse Médicale* (21 mai 1909, n° 41).

L'hémorragie, à peu près nulle, n'exigea ni l'application d'aucune ligature, ni l'emploi du thermo-cautère et céda rapidement à la simple compression. Un pansement collodionné recouvrit l'incision cutanée.

Les suites furent remarquablement bénignes, surtout relativement à l'étendue de la lésion.

Le surlendemain de l'opération, le malade se levait et n'hésitait pas à substituer aux irrigations buccales prescrites des inhalations répétées de fumée de tabac, à l'aide de son fidèle brûle-gueule. Le malade quittait l'hôpital le 5e jour après l'opération et, dix jours plus tard était présenté à la Société de Médecine de Nancy, dans un état de cicatrisation très avancé et de santé générale très améliorée. La perte des deux tiers du voile du palais entraînait un nasonnement assez accentué, mais la déglutition des liquides pouvait s'effectuer sans reflux nasal incommode, grâce à une inclinaison de la tête sur l'épaule gauche.

La tumeur enlevée présentait en totalité le volume d'un œuf de poule.

Le sujet de cette opération a été revu en février, puis en août 1908. Il n'offrait aucune trace de récidive, ni du côté de la bouche, ni du côté des ganglions, mais avait dû subir l'ablation d'un cancroïde de la lèvre inférieure.

Les troubles fonctionnels s'étaient encore notablement atténués (1).

OBSERVATION X

Cancer du voile, des deux amygdales et du pharynx extirpé par les voies naturelles (2)

Au mois de décembre 1907, vint échouer à ma consultation de

(1) Le 29 mars 1909, j'ai réopéré ce malade pour un volumineux épithélioma du cou. Le pharynx est toujours indemne de récidive.

(2) P. Jacques. — *Loc. cit.*

l'hôpital un homme d'une soixantaine d'années, Charles H .., dans un état de cachexie avancée, due à une vaste tumeur ulcérée de la gorge, avec ostalgie et dysphagie atroces, rebelles à tous les traitements tentés jusqu'alors.

La totalité du bord libre du voile et de l'amygdale gauche, le pôle supérieur de l'amygdale droite, la gouttière pharyngienne gauche jusqu'aux replis pharyngo-épiglottiques étaient le siège d'un ulcère sanieux à bords végétants, entouré d'une atmosphère rougeâtre, infiltrée, indurée, contrastant avec la pâleur livide, l'amincissement dystrophique et le relâchement de tout le reste de la muqueuse buccale.

Une fissure profonde, radiairement dirigée, sillonnait la tumeur au niveau du pôle supérieur de l'amygdale gauche. L'affection datait de cinq ou six mois, et était parvenue depuis une semaine, à la phase de dysphagie presque absolue.

Le patient ne se faisait aucune illusion sur la gravité de son cas, édifié qu'il était par les nombreux avis médicaux qu'il avait antérieurement demandés. Il réclamait seulement quelque soulagement à ses souffrances, repoussant d'avance toute opération; qu'il considérait comme une condamnation à mort.

Je crois, en effet, qu'une pharyngotomie latérale, qui eût exigé la résection de la branche montante, aurait excédé de beaucoup la résistance du sujet sans offrir, d'ailleurs, de garantie sérieuse contre la récidive.

Connaissant au contraire, par expérience, la grande bénignité des excisions buccales, même très étendues, je réussis à faire accepter à mon homme une opération par les voies naturelles, que je pratiquai.

De même que pour le précédent malade, j'effectuai d'abord la ligature de la carotide externe gauche à son origine, ce qui me permit d'extirper un petit ganglion mobile, imperceptible à la palpation. Puis, l'opéré étant placé tête déclive et la bouche maintenue largement ouverte, je passai une anse de fil dans la pointe de

la langue et une autre en pleine tumeur, à la limite du palais osseux et membraneux. Le premier fil fut confié à un aide ; en exerçant, à l'aide du second une traction sur le voile dégénéré, il me fut aisé d'exciser, partie au bistouri, partie avec de forts ciseaux courbes, la totalité du néoplasme. L'effusion de sang fut insignifiante et, par suite, la dissection des parties saines et malades remarquablement aisée et rapide. L'opération fut terminée par une seule ligature et deux points de suture placés sur la muqueuse pharyngienne dans la gouttière gauche.

Aucun choc, aucune réaction thermique.

Dès le surlendemain de l'opération, l'opéré pouvait se nourrir suffisamment par la bouche.

Les forces et l'embonpoint revinrent assez vite et, sauf une otalgie assez tenace, indépendante de toute récidive appréciable, la guérison demeura complète pendant les quelques mois au cours desquels le malade revint se soumettre à notre examen.

OBSERVATION XI

Cancer de l'amygdale, du voile et du pharynx. Extirpation par voie buccale (1)

L... François, 77 ans, m'est adressé par son médecin pour une affection de gorge mettant obstacle à l'alimentation. C'est un homme encore robuste, mais amaigri, de constitution goutteuse. Il fait remonter à 8 mois environ le début de son mal sous la forme d'une otalgie gauche ; puis, la déglutition d'abord aisée, est devenue peu à peu difficile, puis douloureuse. Actuellement, les liquides seuls passent, la voix est angineuse, nasonnée.

La région amygdalienne gauche apparaît, occupée par un volumineux champignon sanieux, ulcéré, recouvert d'enduit adhérent.

(1) P. Jacques. — *Loc. cit.*

La paroi du pharynx, fusionnée avec le pilier postérieur, est envahie jusqu'au voisinage de la ligne médiane. Le larynx est entièrement indemne, le tympan gauche scléreux, non enflammé. Pas d'adénopathie sensible du cou Pas de tare viscérale notable.

L'intervention pratiquée pour atténuer la souffrance et la dysphagie, consista dans une exérèse large, par la voie buccale, au moyen du bistouri et de ciseaux courbes. Dans un premier temps la moitié gauche du voile et les piliers furent excisés, puis le prolongement pharyngien extirpé. Bien que le malade fut placé tête basse, l'hémorragie n'eut rien d'excessif et céda à la simple forci-pressure.

Suites très simples, alimentation buccale dès le 3e jour. Six semaines environ après l'opération, extirpation à l'anse d'un volumineux bourgeon développé sur la paroi postérieure du pharynx, du reste aucune dysphagie, aucune otalgie; le malade avait repris son embonpoint et son ordinaire jovialité.

Nouvelle récidive 2 mois plus tard, mais plus discrète, même traitement.

Le malade est vu encore à plusieurs reprises, portant toujours un placard néoplasique presque stationnaire, de la dimension d'une pièce de un franc sur le pharynx. Puis il succomba brusquement à des accidents pulmonaires.

OBSERVATION XII

Cancer térébrant de l'amygdale, du voile et de la fosse glosso-amygdalienne avec adénopathie. — Extirpation buccale après excision des ganglions. — Guérison opératoire rapide (1).

C... Charles, 72 ans, bûcheron, se présente à la consultation de mon service, le 14 décembre 1908, pour des accidents dysphagi-

(1) P. Jacques. — *Loc. cit.*

ques, dont le début remonterait aux premiers jours de septembre: la déglutition des aliments éveillait, dès cette époque, une assez vive sensibilité du côté gauche de la gorge, avec quelques irradiations vers l'oreille. Moins de 3 mois plus tard, le malade ne tolérait plus que les liquides seuls, et encore au prix de souffrances très vives.

C'est un homme de petite taille, sec, amaigri, fatigué, mais encore résistant, sans antécédents spécifiques. Son mal présente un curieux aspect : au-devant de la loge amygdalienne gauche, excavée et bourgeonnante, le pilier antérieur, tendu, se montre perforé comme à l'emporte-pièce par 3 orifices généralement arrondis, mais d'inégales dimensions, qui réduisent cette région du voile à une véritable dentelle. La plus grande des perforations a le diamètre d'une pièce de 50 centimes ; elle a comme ses voisines, des bords épaissis et végétants plutôt pâles, plus comparables assurément à ceux d'un vaste ulcère lupique qu'au talus bourbillonneux d'une gomme ouverte. Toutefois, l'induration périphérique, qui s'étend à près de 1 centimètre au pourtour des pertes de substance, l'état végétant des débris amygdaliens et du pilier postérieur, enfin la constatation d'une adénopathie dure, profonde, à l'angle de la mâchoire, éloignent une confusion que l'examen histologique écarte définitivement.

C'est pour être débarrassé par une opération de douleurs devenues intolérables, que le malade est venu nous trouver. Dès le lendemain de son entrée au service, C... est chloroformé : j'extirpe par une incision externe un gros ganglion déjà ramolli au centre et très adhérent à la bifurcation carotidienne, ainsi que trois glandes plus petites. Les grosses artères sont intactes, mais plusieurs gros affluents de la jugulaire interne ont dû être sectionnés et liés.

Puis, abordant comme de coutume le néoplasme par la bouche largement entrebaillée, je saisis la tumeur en son milieu, avec une pince à griffes, et la circonscris au bistouri en procédant de la

luette vers le palais osseux, puis l'apophyse ptérygoïde. L'attache pharyngienne du voile est disséquée au-delà de la région dégénérée, au travers de l'aponévrose, avec les ciseaux courbes qui poursuivent les tissus malades jusque dans l'épaisseur de la base de la langue. En moins de quelques minutes, la région naguère occupée par le néoplasme apparaît entièrement nette : l'œil et le doigt ne discernent plus, tant dans la profondeur qu'à la périphérie, aucun nodule suspect. Hémorragie veineuse modérée, aisément tarie par un tamponnement oxygéné. Deux points de catgut sur une tranche du voile, deux autres sur la section de la partie latérale de la langue contribuent à réduire la surface cruentée, sur laquelle on applique une mèche iodoformée.

Sauf une recrudescence passagère de l'otalgie, les suites opératoires furent, comme toujours, des plus simples Aucune hémorragie secondaire.

Le 31 décembre, le malade avalait très librement les liquides, à condition de prendre son temps ; le 4 janvier, vingt jours après l'opération, il quittait le service avec une plaie pharyngienne déjà très réduite et un reste insignifiant d'otalgie.

OBSERVATION XIII

Due à l'obligeance de M. le docteur Gault

Lymphosarcome de l'amygdale droite chez un homme de 33 ans
Ablation par voie buccale

M. V... Victor, 33 ans, instituteur, nous est adressé par un de nos confrères, le 8 septembre 1910 pour une tuméfaction localisée à la région amygdalienne droite, s'étant développée progressivement depuis plusieurs mois, sans douleurs, et ayant alors le volume d'une très grosse noix revêtue de sa coque. L'amygdale gauche est à peine visible.

A l'examen, on observe une tumeur blanchâtre, occupant toute

la loge, de consistance ferme au doigt qui l'explore. Cette tumeur parait adhérer surtout en arrière. Pas de glanglions apparents. Nous faisons le diagnostic : sarcome de l'amygdale au début. Un fragment, enlevé à la pince, montre qu'il s'agit d'un lympho-sarcome ; examen confirmé par notre maître et ami le professeur Jacques de Nancy.

Opération le 13 septembre 1910 avec l'assistance de MM. les docteurs Perfetti et Deroye. Chloroforme, malade en position de Rose, bouche largement ouverte par le baillon de Whitehead. Incision verticale sur le pilier antérieur. Amorçage et décollement à la sonde cannelée, continué ensuite aux doigts et aux ciseaux courbes.

Décollement facile en avant, très difficile en arrière ; l'hémorragie fut assez considérable (la carotide externe n'avait pas été liée) et combattue par la compression avec des tampons, montés sur des pinces. Elle s'arrêta après l'opération. Cette énucléation fut assez laborieuse. Durée totale de l'intervention : environ trois quarts d'heure.

Suites extrêmement simples. Pas d'hémorragies secondaires. Six jours après, le malade sortait de la clinique et après trois semaines reprenait son service d'instituteur. Quatre mois plus tard, récidive, sous forme d'un noyau de la grosseur d'une cerise, siégeant en arrière, au point des adhérences maxima.

Il est énucléé sous cocaïne, le malade étant en position assise. Depuis cette époque, après dix-huit mois, pas traces de récidive. Le malade a été revu pour la dernière fois, il y a trois semaines. Actuellement, il paraît seulement une destruction cicatricielle avec immobilisation partielle du voile à droite, mais pas de gêne fonctionnelle.

OBSERVATION XIV

Due à l'obligeance de M. le docteur Gault

Épithélioma du voile et du pilier antérieur droit. — Ablation par voie buccale

M. P..., 73 ans, de Dijon, vient à notre consultation le 7 janvier 1910 pour une ulcération végétante, présentant les caractères de l'épithélioma et occupant, le bord libre et la partie postérieure du voile à droite, ainsi que le pilier antérieur droit ; affection remontant à environ 8 mois. Pas d'engorgement ganglionnaire apparent.

Opération le 18 janvier 1910, sous chloroforme. Section du voile sur la ligne médiane d'arrière en avant, avec des ciseaux courbes de thyrotomie ; au bistouri, de toute la moitié droite du voile et du pilier antérieur du même côté. Le pilier postérieur, attiré en avant et en dedans, est suturé à la partie restante du voile ; ce qui réduit la perte de substance. L'hémorragie fut abondante. Suites simples : la voix reste légèrement nasonnée avec un peu de dessèchement de la muqueuse du pharynx buccal. Depuis deux ans, pas de récidive.

OBSERVATION XV

Rodes Edwin (1)

Sarcome de l'amygdale, extirpé par la bouche

Il s'agit d'un homme de 35 ans, dont les symptômes commencèrent six mois auparavant par des douleurs dans l'angle de la mâchoire. Il a maigri, conservé l'appétit, mais éprouvait de la peine à la déglutition par suite du volume de la tumeur. Tout récemment, il eut un accès de dyspnée et aussi une légère hémor-

(1) Assoc. américaine de laryngologie. Montréal. mai 1908.

ragie de la bouche. A l'examen, on trouva une tumeur qui occupait dans le sens transversal les 2/3 de l'isthme du gosier. Elle était rosée, lobulée et parcourue à sa surface par quelques vaisseaux. Pas d'adénopathie. Après ligature de la carotide externe, le néoplasme a été enlevé sous anesthésie locale. L'opération a été difficile, car afin de pouvoir respirer, le malade tenait la tête fléchie et le menton abaissé. De la cocaïne et de l'adrénaline ont été largement injectées dans la tumeur par le pilier antérieur. Toute la masse a été ensuite énucléée petit à petit, mais par suite des efforts constants du malade pour vomir, elle n'a pu être extirpée que par fragments et en plusieurs fois. La guérison eut lieu sans incidents. L'examen microscopique a révélé un sarcome à petites cellules rondes, du type alvéolaire. Un mois après l'opération, le malade présentait une petite masse sur la paroi latérale du pharynx, derrière le pilier postérieur. Une seconde opération ne paraissait pas nécessaire immédiatement et, comme le malade allait rentrer chez lui, on lui conseilla la radiothérapie. Ultérieurement le malade donna de ses bonnes nouvelles.

OBSERVATION XVI

Walker Downie (Soc. de laryng. de Londres, 1900)

Sarcome de l'amygdale. Extirpation par la bouche

Femme de 38 ans, très cachectisée.

L'amygdale droite est très hypertrophiée, d'une consistance ferme, non fluctuante.

Elle se plaint surtout de violentes douleurs propagées à l'oreille.

Pas d'adénopathie.

Tumeur énucléée sous l'anesthésie chloroformique. Il se déclare une hémorragie peu abondante, arrêtée facilement par compression.

La tumeur fut examinée au microscope. On y remarqua des cellules rondes, mononucléées, associées à des grosses cellules irrégulières.

Au bout de 9 mois, la malade fut revue. Elle avait engraissé ; il n'y avait pas de récidive.

OBSERVATION XVII

WALKER DOWNIE (Soc. de laryng. de Londres, 2 mai 1902)

Sarcome de l'amygdale droite, extirpé par voie buccale

Une femme, âgée de 58 ans, vient consulter l'auteur pour tuméfaction de l'amygdale droite. L'état général est bon. La température normale. Elle éprouve des douleurs lancinantes avec irradiation vers les oreilles.

On note la présence d'une amygdale tuméfiée, peu adhérente aux piliers, dure, non douloureuse au palper. Les lymphatiques voisins sont indemnes.

On l'endort au chloroforme. La tumeur est énucléée avec l'ongle et les ciseaux. Pas d'hémorragie.

On fait sucer à l'opérée des petits fragments de glace.

L'examen microscopique montre un sarcome fuso-cellulaire qui a remplacé complètement tout le tissu amygdalien. (C'est une forme de sarcome à évolution peu rapide : les ganglions restent indemnes). Excellent pronostic.

La malade est revue deux ans après. La santé est très bonne. Il persiste quelque douleurs et des battements dans l'oreille droite. Pas de récidive.

OBSERVATION XVIII

COMPAIRED, de Madrid (in *Revue hebdom. de laryngol.*, 1903)

Volumineux sarcome de l'amygdale gauche, opéré par voie buccale et guéri

Homme de 29 ans. Il se présente avec une tuméfaction de l'amygdale très volumineuse, refoulant en haut la luette et le voile du palais. Elle repose en bas sur l'épiglotte ; en arrière, elle s'arrête à la paroi postérieure du pharynx.

Cela dure depuis un an.

Le malade se plaint surtout des troubles de la déglutition et de la respiration.

On essaye le traitement mercuriel qui ne donne aucun résultat.

Le diagnostic précoce, dit l'auteur, a une grande importance, car le sarcome non ulcéré ne récidive pas, s'il est opéré prématurément. Au contraire, le sarcome ulcéré, à période avancée, récidive rapidement.

L'examen microscopique d'un fragment de tumeur montre qu'il s'agit d'un sarcome fibroplastique. Pas de ganglions.

Sous l'anesthésie cocaïnique, on extirpe le néoplasme à l'aide de l'anse galvanique, des pinces de Ruault et de pinces coupantes.

L'hémorragie est arrêtée par la galvano-cautérisation.

La guérison fut complète au bout de onze jours.

Sept mois après, l'état du sujet était parfait.

OBSERVATION XIX

LAMBERT LACK (Soc. de laryng. de Londres, 1901)

Chez un homme, âgé de 51 ans, dont l'amygdale, le pilier postérieur, la langue et la paroi latérale du pharynx sont envahis par un néoplasme, l'auteur pratiqua :

1° L'extirpation des ganglions et la ligature de la carotide externe.

2° La trachéotomie.

3° Fendit la joue depuis la commissure jusqu'à la branche montante et plaça une éponge dans le vestibule laryngé.

4° Extirpa la tumeur.

Le malade sortit en très bon état le quatorzième jour. « Il est important, ajoute l'auteur, et le salut du malade en dépend, que la plaie cervicale ne communique pas avec la plaie buccale et qu'elle ne puisse être infectée par celle-ci. »

OBSERVATION XX

SCHMIEGELOW (Soc. danoise de laryngologie, 1905)

Un homme de 25 ans présentait à l'examen une amygdale, grosse comme un œuf de poule ; elle était adhérente aux piliers. Il s'agissait d'un sarcome.

Une première tentative d'extraction, pratiquée dans une autre clinique, fut interrompue pour cause d'hémorragie.

Schmiegelow extirpa la tumeur à l'anse galvanique sans aucun accident.

Le malade, revu deux ans après, ne présentait pas de récidive.

OBSERVATION XXI

CITELLI (1)

Carcinome de l'amygdale, opéré par voie buccale

Il s'agit d'un homme, âgé de 43 ans, qui, il y a quatre ans, refusa l'intervention.

Un an après, il revint dans un état lamentable. La déglutition

(1) CITELLI. *Arch. f. Laryngol.* T. 17, n° 1, 1906.

et la respiration étaient très gênées ; il souffrait de douleurs très vives ; l'haleine était fétide, la voix pâteuse.

L'examen du pharynx montre une tumeur de l'amygdale, ulcérée profondément, adhérente à la base de la langue.

L'auteur, *sans espoir aucun,* mais, pour soulager le malade, enlève une grande partie du néoplasme à l'anse galvanique et le reste, douze jours après, avec des pinces.

Il n'y avait pas de récidive à la fin de la deuxième année.

OBSERVATION XXII

Rhodes, de Chicago, 1909

Sarcome de l'amygdale

Un homme de 35 ans souffrait depuis quelques mois de dysphagie et se plaignait de gène respiratoire. Il avait une tumeur arrondie de l'amygdale.

Rhodes fait la ligature de la carotide externe, puis, après application d'une solution de cocaïne-adrénaline, pratique l'ablation de la tumeur au bistouri.

La guérison se fait rapidement.

34 jours après, apparait une nouvelle tumeur derrière le pilier postérieur qui gagne en haut le voile, en bas le vestibule du larynx.

On soumet le malade aux rayons X qui arrêtent l'évolution de la tumeur.

Diagnostic microscopique : Sarcome à cellules rondes, du type alvéolaire (donc, tumeur de nature exceptionnellement maligne).

OBSERVATION XXIII

Seccomb Hett (Soc. roy. de méd. Londres, 1909)

Un homme de 46 ans se présente à la consultation de Throat Hospital le 6 mars 1909.

On remarque une énorme tuméfaction de l'amygdale droite ; il raconte une vague histoire d'amygdalite, pour laquelle il aurait été soigné cinq semaines auparavant. Pas d'adénopathie cervicale.

On pratique l'énucléation des deux amygdales. La tumeur était un sarcome.

Pas de récidive.

OBSERVATION XXIV

Berbineau, de Bordeaux

Il enlève à l'anse galvanique une tumeur du voile. Quinze jours après, le malade, âgé de 75 ans, reprenait sa pipe.

Revu au bout de trois ans, il n'avait pas de récidive.

OBSERVATION XXV

Depage (*Ann. de la Soc. belge de chirurgie*, 1898)

Il cite le cas d'un homme, âgé de 30 ans, qui présentait un néoplasme de la langue, du voile, de l'amygdale et de la paroi postérieure du pharynx, qu'il opéra à contre-cœur sur les supplications du patient.

Il fit la ligature de la carotide externe, la trachéotomie préventive et extirpa un paquet de ganglions.

La masse néoplasique fut extirpée par voie buccale. Trois mois après, la plaie était cicatrisée entièrement.

OBSERVATION XXVI

DEPAGE, *loc. cit.*

Un homme, âgé de 56 ans, était porteur d'un épithélioma de la base de la langue et de la paroi postérieure du pharynx.

On pratiqua l'incision de la joue, suivant la méthode de Witehead, et l'on extirpa entièrement la tumeur.

Le malade sortait quinze jours après, s'alimentant par la bouche.

OBSERVATIONS XXVII et XXVIII

NEWMANN. (Soc. de laryng. de Londres, 1896)

I. — Un homme, âgé de 55 ans, présentait une tumeur de l'amygdale gauche, du pilier postérieur et de la luette. L'examen microscopique d'un fragment montra qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Excisée largement par la bouche, grâce au galvano-cautère.

Le malade, revu six ans après, ne présentait pas de récidive.

II. — Une femme de 51 ans présentait la même affection (épithélioma de l'amygdale, du pilier et de la luette).

Elle fut opérée par voie buccale au galvano-cautère. Anesthésie par cocaïne.

Au bout de trois semaines, tout était cicatrisé.

Elle fut revue au bout de cinq ans: la tumeur n'avait pas récidivé.

OBSERVATION XXIX

Epithélioma du pharynx et de la langue

Davies-Colley (1) cite le cas d'un homme de 56 ans, atteint d'un

(1) DAVIES-COLLEY. *The Lancet*, 1897.

épithélioma du pharynx qui fut admis à Gug's Hospital au mois de mars 1897. L'examen fait constater de larges ulcérations néoplasiques sur le bord droit de la langue ; le néoplasme se propage en bas vers l'épiglotte, en haut, sur l'amygdale droite et sur le côté droit de la voûte palatine. On ne constate pas de ganglions métastatiques.

La partie malade de la langue, l'amygdale et le voile sont enlevés au bistouri. La muqueuse incisée, rapprochée par des sutures de catgut.

Le rétablissement se fait vite et un mois après l'opération, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXX (1)

Cancer primitif de l'amygdale. — Ablation au thermo-cautère par la voie buccale

Joséphine W..., ménagère, âgée de 60 ans, entre à l'hôpital le 10 juin 1891.

Ses antécédents présentent ce fait remarquable que son père est mort à 67 ans d'un cancer de l'estomac.

Elle-même habite la campagne ; elle a toujours été bien portante. Elle s'est aperçue seulement il y a 3 mois qu'elle « avait quelque chose dans la gorge »

Elle éprouvait une sensation de corps étranger et une sécheresse assez prononcée qui l'obligeaient à faire des mouvements fréquents de déglutition et à boire. Il y a deux mois, elle constata la présence d'une petite glande dure, roulant sous les doigts, au niveau de l'angle du maxillaire à droite ; elle ressentait de plus quelques légers phénomènes du côté de l'oreille, sous forme d'élancements douloureux intermittents.

---

(1) Duret. Leçons de clinique chirurgicale. Lille, 1894

Elle consulta un médecin qui pensa à une affection néoplasique, mais qui cependant contrôla le diagnostic avec la syphilis par le traitement ioduré. L'état restant stationnaire, et le diagnostic confirmé, la malade vint à l'hopital.

Au moment de l'entrée, on constate ce qui suit :

La malade est d'apparence vigoureuse, malgré son grand âge, et n'a pas maigri dans ces derniers temps. L'état général paraît excellent.

La bouche largement ouverte, on voit la loge amygdalienne droite occupée par une ulcération, grisâtre, à fond très irrégulier, légèrement végétante. Pas d'écoulement sanieux, ni sanguin. Les bords de l'ulcération sont surélevés et durs ; elle repose sur une base résistante et le toucher permet de constater que les tissus circonvoisins ont perdu leur souplesse. L'infiltration néoplasique s'étend dans les limites suivantes : en avant et en arrière, elle ne dépasse pas les piliers, en haut, elle empiète sur le voile du palais dans l'étendue d'un demi-centimètre environ et sur une largeur de 2 ou 3 centimètres, en bas, elle arrive jusqu'à la langue, sans l'intéresser cependant.

Extérieurement, la région latérale et supérieure du cou ne présente ni saillie anormale, ni empâtement profond des tissus. On remarque seulement la présence au niveau de l'angle du maxillaire d'un ganglion dur, roulant sous les doigts, du volume d'un œuf de pigeon, à peu près. La peau est saine.

Les symptômes fonctionnels sont réduits au minimum. Quelques élancements douloureux dans l'oreille, un peu de gêne de la déglutition, c'est là tout ce qu'accuse la malade. Ceci s'explique, du reste, par le petit volume de la tumeur. Pas de gêne respiratoire, pas de voie nasonnée, pas de signes de compression de la carotide.

Etant donné l'âge de la malade, la marche et l'aspect de la tumeur, le diagnostic paraît certain. Il s'agit d'un cancer primitif de l'amygdale et on propose l'ablation.

L'opération est pratiquée le 22 juin.

L'anesthésie obtenue, la bouche est maintenue largement béante avec l'ouvre-bouche de Larrey ; la langue, saisie avec une pince à griffes, est fortement attirée vers la commissure gauche ; avec un écarteur, on porte la joue droite en dehors.

Cette manœuvre rend la tumeur accessible beaucoup plus qu'on ne l'aurait cru d'abord, et à l'aide du couteau courbe du thermo-cautère, on opère de la façon suivante :

Une première incision concave en bas dépasse les limites supérieures de la tumeur, empiétant d'environ 1 c. 1/2 sur le voile du palais ; une seconde incision circonscrit la masse par en bas et va jusqu'au contact de l'épiglotte. On peut alors attirer légèrement l'amygdale en la saisissant avec une pince de Museux. On sectionne le pharynx à l'union de la paroi latérale avec la paroi postérieure. Cette section réunit les extrémités postérieures des deux premières incisions. La tumeur est donc libre en haut, en bas et en arrière. Tout en continuant à l'attirer au-dehors, l'opérateur, à l'aide de l'index droit, la décolle par sa face profonde, celle qui est au voisinage de la carotide ; puis, ce décollement achevé, la masse ne tenant plus qu'au niveau du pilier antérieur, une dernière incision au thermo-cautère permet de l'enlever en totalité. La perte de sang est insignifiante.

L'opération est complétée par l'ablation au bistouri du ganglion dégénéré.

Suites opératoires des plus simples ; pas de fièvre. On prescrit simplement l'alimentation liquide et des pulvérisations et lavages fréquents avec une solution de chloral au 1/100. Pas d'hémorragie au moment de l'élimination des eschares.

La malade sort au bout de trois semaines. La région opérée est couverte de bourgeons charnus d'aspect normal, et tout fait espérer que l'ablation a été complète et que la guérison se maintiendra.

La malade rentre le 20 janvier 1892 pour une tumeur volumineuse de la région sterno-mastoïdienne du côté droit.

A la fin de septembre 1891, elle s'aperçut qu'elle portait au cou, sur le côté droit, une petite tumeur du volume d'une petite noisette. Malgré les recommandations qui lui avaient été faites lors de son premier séjour à l'hôpital, elle ne s'en inquiéta guère. —

Cette tumeur a grossi insensiblement, mais, l'augmentation de volume a été surtout notable dans les trois dernières semaines qui ont précédé son retour. — Dans ces derniers temps également, quelques douleurs se sont fait sentir au niveau de la tumeur. L'état général est resté bon : la malade jouit d'une excellente santé.

A l'examen, on trouve en arrière et au-dessous de l'oreille droite, une saillie du volume d'une petite orange, arrondie, très dure, et adhérente aux parties profondes ; à son niveau, la peau est violacée, tendue. — Cette tumeur est isolée ; on n'en trouve pas d'autres dans les régions voisines.

Dans la bouche, *au niveau du foyer primitif, la guérison est parfaite ; nulle trace de récidive.*

L'opération est pratiquée le 23 janvier. — Par trois incisions courtes, M. Duret circonscrit la tumeur ; il arrive ainsi sur le faisceau postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, dont il dissocie les fibres. — Il atteint ainsi directement la masse ganglionnaire ; il en dégage les parties superficielles d'abord, et dissèque sa face profonde de dedans en dehors ; dans ce temps de l'opération, il rencontre la veine jugulaire interne, qui est située à la partie la plus interne de la face profonde de la tumeur ; il la dénude sur un trajet de quatre à cinq centimètres. — Le reste de l'opération ne présente aucune particularité ; le dégagement de la tumeur des parties profondes se fait désormais sans obstacle. — L'ablation est complète.

La peau est suturée aux crins de Florence. Les suites opéra-

toires sont excellentes ; les points de sutures sont enlevés le 28 janvier.

La malade peut être considérée aujourd'hui comme guérie de son opération.

OBSERVATION XXXI (Duret, *loc. cit.*)

Cancer fissuraire de l'amygdale droite. — Ablation de la tumeur par la cavité buccale sans opération préliminaire

H... Édouard, âgé de 62 ans, entre à l'hôpital, au service de M. le professeur Duret, le 8 janvier 1892, pour se faire opérer d'un cancer de l'amygdale.

Dans ses antécédents personnels ou héréditaires, rien de spécial à noter.

A la fin de décembre dernier, il a fait une angine qui a cédé, au bout de quelques jours, à la médication ordinaire. C'est cette angine qui a été l'occasion du diagnostic aussi précoce de la tumeur amygdalienne, reconnue par le médecin traitant.

Jusqu'au moment de son entrée, jamais il n'a éprouvé le moindre phénomène douloureux ni dans la gorge ni dans l'oreille, la déglutition a toujours été parfaitement normale.

A l'inspection, on trouve à la fosse amygdalienne droite, une tumeur fissuraire qui la remplit complètement. La surface libre de cette tumeur est bourgeonnante, les bords en sont déchiquetés. En avant, elle dépasse légèrement le pilier antérieur qui est totalement envahi ; en bas, elle empiète d'un centimètre sur la partie latérale de la langue, et descend, en arrière, jusqu'au repli glosso-épiglottique. La consistance en est dure ; ce qui permet de la délimiter aussi facilement au toucher qu'à la vue. La partie supérieure du voile du palais n'est pas envahie, non plus que les ganglions. Cependant une exploration minutieuse en fait découvrir un, de la grosseur d'un pois, en avant du muscle sterno-mastoïdien.

L'état général du malade est aussi bon que jamais.

Opération le 12 janvier, M. Duret procède à l'ablation de la tumeur.

Les mâchoires sont fortement écartées au moyen d'un ouvre-bouche de Larrey, les commissures labiales sont soulevées autant que possible avec de grands écarteurs, enfin, deux grandes pinces de Museux saisissent la langue près de sa base, l'attirent en avant et la portent du côté opposé à la tumeur.

Comme dans le cas précédent :

1° On détache en haut le voile du palais à la partie supérieure des piliers ;

2° On enlève en bas un segment de 2 centimètres du bord de la langue par une incision courbe.

L'exécution de ce deuxième temps est assez longue, à cause de l'épaisseur des tissus ;

3° Comme il est encore assez difficile d'atteindre le pharynx en arrière de la tumeur, on détache celle-ci des parties antérieures plus accessibles par une troisième incision courbe ;

4° Le doigt est engagé par cette incision et décolle d'avant en arrière la face profonde de l'amygdale.

5° Dernière incision pour couper la partie postérieure de la tumeur qui est encore en connexion avec le pharynx. Pour exécuter ce dernier temps, on saisit en travers le néoplasme avec une pince de Museux, on l'attire fortement en avant et on sectionne de haut en bas. Un dernier coup presque horizontal, détache les replis glosso-épiglottiques

L'opération achevée, on voit, à la place de l'amygdale, une vaste fosse ovalaire un peu noircie par le thermo-cautère, occupant toute la région amygdalienne, échancrant en haut le voile du palais, et en bas, le bord correspondant de la langue.

Dans la période post-opératoire, le malade est entouré de soins aussi minutieux que possible. Toutes les deux heures, durant le jour, on lui fait dans la bouche des pulvérisations avec une

solution de chloral au centième. Matin et soir, on lui administre des lavements nutritifs, composés de lait, vin et œufs.

Le lendemain de l'opération, à la visite du matin, le malade se plaint d'une vive douleur à la langue, qui est très tuméfiée, au point de remplir presque complètement la cavité buccale. La parole est difficile, et l'apréhension d'aliments, même d'aliments liquides, est devenue des plus laborieuses.

Les jours suivants, l'amélioration devient manifeste de ce côté, la langue a diminué de volume, le malade peut prendre des aliments avec une cuiller à café. On a pu alors examiner la surface de la plaie qui apparaissait recouverte d'un enduit grisâtre très gluant, exhalant une odeur infecte.

Pendant 2 ou 3 jours, l'expectoration des produits de sécrétion de la plaie a été nulle, on a été obligé d'en débarrasser le malade avec un tampon d'ouate.

La température reste à 38° pendant 3 jours, et monte à 40° le 4e. En même temps, la respiration et le pouls deviennent plus rapides. L'auscultation révèle des râles sous-crépitants dans toute la hauteur des deux poumons, et une zone mate et un peu soufflante à la base droite.

Le malade meurt, le 5e jour, d'hémorragie.

L'autopsie n'ayant pu être pratiquée, il a été impossible de savoir quel était le vaisseau lésé qui a produit cette hémorragie.

OBSERVATIONS XXXII et XXXIII

FRAENKEL. Zur Technick der Operation des Mandelkrebses (1)

I. — Il s'agit d'un homme de 54 ans. Depuis quelques mois, s'établit l'affection actuelle, consistant en douleurs vives vers la base de la langue, légèrement augmentées par la déglutition. On

(1) FRAENKEL. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1898.

constate sur le pilier antérieur droit, près de la dernière molaire, à la réunion de la muqueuse linguale et jugale, une ulcération infiltrée de la grosseur d'une pièce de deux francs, irrégulièrement limitée, recouverte d'un enduit blanc-jaunâtre, et s'étendant légèrement sur le bord de la langue. Adénopathie sous-maxillaire. Le prélèvement d'un fragment de la tumeur confirme le diagnostic d'épithélioma.

L'opération consista à extirper tout d'abord les ganglions sous-maxillaires, puis, la bouche étant maintenue grande ouverte à l'aide d'écarteurs mousses, on parvient, par une incision circulaire, à énucléer le néoplasme qui s'enlève avec une extrême facilité ; une hémorragie assez notable fut arrêtée par trois points de suture, qui permirent ainsi la réunion complète des bords de la plaie.

Deux jours après, le patient quitte la clinique, et il est guéri jusqu'à ce jour (1).

II. — Le second cas concerne un malade, âgé de 61 ans, qui présente depuis quatre ans un empâtement progressif de l'angle du maxillaire droit.

A ce moment déjà, il avait remarqué qu'il existait vers le bord droit de la langue, un gonflement très dur au toucher et pour lequel le médecin avait conseillé une opération.

Actuellement, le malade présente une constitution robuste. L'examen de la gorge révèle, au niveau de l'amygdale droite, une tumeur piriforme, à surface mamelonnée, occupant la largeur d'une paume de main d'enfant. La partie inférieure de la tumeur se continue vers la base de la langue, elle est dure au toucher et non douloureuse à la pression.

Sous narcose, obtenue à l'aide du mélange de Billroth, de nombreux petits ganglions sont extirpés vers l'angle de la mâchoire ;

---

(1) Cette opération fut pratiquée par le docteur Gersung, 5 ans auparavant. Elle est rapportée par Fraenkel en 1898, *loc. cit.*

la carotide externe est liée entre la thyroïdienne supérieure et la linguale. Puis, la plaie est suturée.

La tumeur est alors abordée par la bouche, circonscrite et énuclée. L'hémorragie est insignifiante. Les bords de la plaie buccale sont réunis par plusieurs points de suture ; seule, la partie la plus antérieure est comblée par une mèche de gaze. Les suites opératoires furent excellentes et le malade congédié 11 jours après.

L'auteur n'a pas rencontré plus de difficulté qu'au cours d'une simple amygdalotomie ; il ajoute que cette opération eût pu être faite sous cocaïne, mais qu'il est préférable d'épargner au malade le spectacle impressionnant de cette intervention.

CONCLUSIONS

1° La tendance de la chirurgie actuelle est d'aborder les lésions par les *voies naturelles*. Cette tendance est surtout justiciable en ce qui concerne la pathologie du pharynx.

2° La pharyngectomie interne, appliquée à l'excision des tumeurs malignes de l'isthme du gosier, reconnaît presque toutes les indications de la pharyngectomie par voie externe, et, en outre, quelques autres.

3° Dans la majorité des cas, l'efficacité de la première ne le cède en rien à celle de la seconde.

4° Elle crée, pour le patient, un traumatisme peu considérable.

5° Pour ces raisons, dans la grande majorité des cas, nous devons préférer la voie buccale, comme accès aux néoplasmes pharyngiens, à la voie externe ; son indication, absolue dans toutes les tumeurs bénignes ou encapsulées, ainsi que dans les tumeurs malignes nettement limitées, demeure relative dans certains cancers, déjà étendus, chez des sujets affaiblis.

Vu :
Nancy, le 19 Avril 1912.
Le Président de Thèse,
GROSS.

Vu :
Nancy, le 19 Avril 1912.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 20 Avril 1912.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abadie. — Tumeur primitive de l'amygdale. Journ. de méd. de Bordeaux, n° 32, 1899, p. 381.

Bourgeois et Lenormant. — Précis de Patho. chirurgic., 1909.

Berger. — Tumeurs mixtes du voile. Revue de chirurgie, 1907.

Beausoleil. — Tumeur maligne primitive de l'amygdale droite. Journ. de méd. de Bordeaux, 19 juin 1892.

Ballenger. — Anatomie clinique de l'amygdale. Arch. intern. de Laryngol., 1906, p. 831.

Barthauer. — Contrib. à l'étude des tumeurs malignes du pharynx. Th. de Greisswald, 1897.

Bosworth. — Traité des mal. de la gorge et du nez, 1892.

Carrel. — Cancer de l'amygdale. Lyon médical, 1899, n° 32.

Carrière. — Contrib. à l'étude du sarcome de l'amygdale chez l'enfant. Paris, 1906, in-8°.

Cartaz. — Deux cas de Lymphadénome des amygdales. Semaine médicale, 8 mai 1895.

Castex. — Tumeurs malignes de l'arrière-bouche. Revue de chir., 1886, p. 44.

— Maladie du larynx, du nez et des oreilles, p. 74.

— Ablation d'amygdales épithéliomateuses par la voie buccale ou cutanée. Bull. de laryng., rhino et otologie, 1903, p. 25.

— Traitement opératoire des tumeurs malignes du pharynx. Bull. de Laryngol., t. XII, 1909.

Cayre. — Cancer de l'amygdale. Ablation par la cavité buccale. Journ. des sc. méd. Lille, n° 43, 23 oct. 1897.

Charnley. — Lymphosarcome des amygdales. Birmingham méd. Review, juin 1895.

Charon. — Th. Paris, 1891.

Chauveau. — Le Pharynx, 1901.

Citelli. — Boll. de mal. d. orrechio, d. gola e d. nasa. Fizenze, 1909.

Davies-Colley. — Néoplasme du pharynx. Ablation. Guérison. The Lancet, 8 mai 1897.

David. — Du traitement chirurgical des tumeurs de l'amygdale. British med. Journal, 2 janvier 1897.

Dauvergne. — Lyon médical, n° 25, 1900.

Delbet. — Pharyngotomie et Pharyngectomie. Bull. de Laryngol. 1er janvier 1906.

Delore. — Néoplasme de l'amygdale. Lyon médical, 1907, p. 568.

Delobel. — Chirurgie de l'amygdale. Journ. sc. méd. Lille, 1908, p. 433.

Demarquay. — Cancer du pharynx. Bull. Soc. chir., 1906.

Depage. — Résection de la langue, du voile et de l'amygdale par voie buccale. Ann. Soc. belge de chir., 1899, p. 337.

Descomps. — Anatomie de l'espace maxillo-pharyngien ; région sous-angulo-maxillaire. Thèse Paris, 1908.

Dieulafé, Herpin, etc. — Maladies chirurgicales de la bouche et des maxillaires.

Downie. — Soc. de Laryngol. Londres, 1900.

— Soc. de Laryngol. Londres, 1902.

Durand. — Néoplasme de l'amygdale. Lyon méd., 1907.

Duret. — Cancer des amygdales. Procédés opératoires. Journ. des sc. méd. de Lille, n° 9, 1893.

Escat. — Maladies du pharynx, 1901.
— Traité médico-chirurgical, 1901.
Etiévant. — Pharyngotomie trans-hyoïdienne. Gaz. des hopitaux, n° 110, 1897.
Faure. — Traitement des cancers de l'arrière-gorge. Ann. des mal. de l'or., etc., n° 3, 1903.
— Semaine médicale, n° 43, 1902.
— Bull. et mém. Soc. chir. Paris, 1907.
— A propos de pharyngotomie. Bull. et mém. Soc. chir. Paris, 1911.
Fraenkel. Cancroïde du pharynx, 1877. Berlin kl. Woch.
— Technique opératoire du cancer de l'amygdale. Wiener klin. Woch. 1898, n° 12.
Fonnegra. — Th. Paris, 1883.
Gäthgens. — Tumeur bucco-pharyngée et traitement. Th. de Kœnigsberg, 1903.
Gaudier. — Soc. méd. Nord, 1898.
— Echo méd. du Nord, 1903, n° 10.
Gault. — Congrès d'oto-rhino-laryngologie, Paris, 1911.
Glück. — Le traitement chirurgical du cancer du larynx et du pharynx. Presse oto-rhino-laryng. belge 1908, n° 33.
Goris. — Contribution à l'extirpation des tumeurs de la bouche. Presse oto-rhino-laryng. belge, n° 4, 1906.
— Soc. chir. et ann. Soc. belge, 1909
— Soc. chir. et ann. Soc. belge, 1910.
Handley. — Tansini methode for the cure of cancer of the throat. Lancet. London, 1908.
Hardoin. — Tumeur de l'amygdale. Presse méd., n° 103, 1905.
Heinlett. — Des tumeurs malignes des amygdales. München méd. Wochenschr., n°s 35 et 36, 1901.
Honsell. — Tumeurs malignes des amygdales. Beitrag zur klin. chirurg. Bd XIV, Heft 3, 1895.

Hoppe. — Tumeurs malignes du pharynx. Inaug. Dissert. Berlin, 1891.

Hübner. — Contrib. à l'étude des lymphosarcomes du pharynx. Dissert. inaug. von Greisswald, 1895.

Jacques et Durand. — Epithélioma du voile et de l'amygdale. Extirpation. Rev. méd. de l'Est, 1907.

Jacques. — Cancer du voile. Rev. méd. de l'Est, 1908.

— Extirpation simplifiée de l'épithélioma de l'isthme pharyngien. Presse méd., 22 mai 1909.

— Bulletin de Laryngologie, 1er juillet 1908.

Johnson. — Lymphosarcome des amygdales enlevé par incision externe. Lancet, 18 mai 1893.

Krönlein. — Traitement du carcinome du pharynx. Congrès Soc. allem. de chir., 1897.

Kitsonopulos. — Du sarcome des amygdales. Th. Heidelberg, 1898.

Kut. — Med. Record, 7 avril 1897.

Lambert-Lack. — Soc. de Laryngol. Londres, 1901.

— Soc. de Laryngol. Londres, 1904.

Lanphear. — Two cases of sarcoma of the tonsil, in Rev. hebdom. de Laryngol., 1900.

Latarget. — Etudes sur les pharyngectomies. Lyon, 1906.

Lermoyez. — Un cas de sarcome de l'amygdale. Ann. des mal. de l'or., du nez, etc., n° 4, 1893.

Lindenborn. — Beitrag z. klin. chir., 1904, vol. 43.

Mac-Burney. — Extirp. par pharyngotomie d'un cancer de l'amygdale.

Massei. — Congrès d'otologie de Budapesth, 1909.

Mauclair. — Bull. Soc. Anat. Paris, 1892.

— Bull. Soc. Anat. Paris, 1897.

Mégevand. — Th. de Genève, 1887.

Meyer. — Excision de l'amygdale droite pour sarcome. New-York surg. Soc. 1892.

Moizard, Denis et Rabé. — Tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant. Bull. de Laryngol., 1905.

Morestin. — Bull. Soc. fr. syph. et derm. 1907.

— Pharyngotomie supra-hyoïdienne pour extirpation d'une tumeur de l'amygdale. Bull. et mém. Soc. chir. Paris, 1908, 864-866.

Newmann. — Société de Laryngologie de Londres, 8 janvier 1896.

— Epithélioma de l'amygdale, extirp. par pharyngotomie latérale. Lancet, 28 nov. 1896.

Passaquay. — Thèse de Paris, 1873.

Poirier. — Traité d'anatomie humaine.

Preindlsberger. — Extirpation des néoplasmes de l'amygdale. Wiener klin. Rundschau, n° 48, 1905.

Ramon de la Sota y Lastra. — Arch. intern. de Laryngol., sept., oct. 1903.

Rhodes. — Sarcome de l'amygdale. Arch. intern. de laryng. Paris, 1908.

Rieffel. — Les rapports de l'amygdale avec les vaisseaux carotidiens. Paris, 1892.

von Rüdiger Rydygier. — Eine neue methode für Tumoren im Rachen. Wien. klin. Woch., 1908, p. 1803.

Roswell Park. — Deux cas de pharyngotomie externe. Med. Record, 20 août 1893.

Roudié. — Le cancer du pharynx. Th. Lyon, 1900.

Routier. — Tumeur de l'amygdale. Presse méd. n° 95, 1905.

Rouvillois. — A propos de la pharyngotomie. Bull. et mém. Soc. chir. Paris, 1911, p. 286.

Schuhmacher. — Etude de 136 cas de tumeur du pharynx. (Beitrag z. kl. chir., janvier 1911).

Sébileau. — A propos de pharyngotomie. Bull. et mém. Soc. chir. Paris, 1907, p. 149.

Seccomb-Hett. — Soc. roy. méd. de Londres, 1909.

Schmiegelow. — Soc. danoise de Laryngologie, 1905.

Shiffers. — Soc. belge de Laryngologie, 1904.

Sontheimer. — Diss. Münch., 1898.

Solis-Cohen. — Sarcome de l'amygdale. Extirpation par la bouche. Phil. med. News, 27 janvier 1894.

Stabilini. — Carcinoma primitiva della tonsilla. Corriere san. Milano, 1910, p. 707.

Spisharny. — Zur Frage der Pharingot. supra-hy. Zentralblatt f. chir. Leipzig, 1907, p. 104.

Syme. — Med. Journ. of Australia, 20 août 1900.

Testut et Jacob. — Traité d'anatomie topographique, t. I.

Vallas. — Bull. et mém. Soc. chir., 1906, in Lyon méd.

Vedova. — Le cancer de la gorge. Pratica oto-rhino-laryng., n° 6, 1907.

Verneuil. — Quelques considérations sur l'extirpation des tumeurs intra-buccales. Gaz. des hôp., n° 141, 1893.

Wagner. — Un cas de sarcome de l'amygdale. Th. de Würzbourg, 1896.

Walker-Downie. — Sarcome de l'amygdale. Ablation par les voies naturelles. The Journ. of laryng., juillet 1902.

Weiss. — Quelques considérations sur le cancer de l'arrière-gorge. Revue méd. de l'Est, n° 1, 1893.

Watson. — Sur un cas de sarcome de l'amygdale. New-York med. Journ., 10 nov. 1894.

Wocher. — Un cas de sarcome de l'amygdale. Thèse inaug. München, 1893.

Zimmermann. — Casuitique de la pharyngotomie. Th. de Tübingen, 1899.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 7

CHAPITRE I. — Historique. 11

CHAPITRE II. — Anatomie de l'isthme du pharynx et, en particulier, de l'amygdale 19

Planches hors texte.

CHAPITRE III. — Etude clinique (Statistiques. Etiologie. Symptomatologie. Diagnostic. Pronostic) 27

CHAPITRE IV. — Traitement 37

§ I. — Pharyngectomie par voie externe. . . . 37

Résultats et statistiques. 43

Opérations préliminaires 45

Dangers et inconvénients 47

§ II. — Pharyngectomie par voie interne 49

Indications et contre-indications 50

Technique opératoire 56

CHAPITRE V. — Observations 69

CONCLUSIONS 111

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 113

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY